POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Marzec | ROCZNIK TRZECI | 1901.

I. PRACE ORYGINALNE.

Ze szpitala ludowego Paszkowa w Woskresieńskiej Hucie
(gub. Ufimska).

1. Przypadek pierwotnego mięsaka nerwu wzrokowego.

Podał
JÓZEF IDZIKOWSKI

Opisywany przypadek dotyczy włościanina z sioła Meleuz (gub. Ufimskiej). Chory, lat 45, średniej budowy, odżywienia zadawalniającego (zajmował się dość korzystnym handlem), dawniej nigdy poważnie nie chorował, ani też nie podlegał urazom. W prawem oku utracił wzrok przed dwoma laty; ślepota rozwijała się prawie niepostrzeżenie, stopniowo, bez wahań, bez jakichkolwiek bólów lub objawów podrażnienia. Jednocześnie z całkowitą utratą wzroku znajomi zaczęli zwracać uwagę na wysadzenie oka, co chory mógł sam stwierdzić w zwierciedle. Dopiero pięć miesięcy temu zjawiły się bóle okresowe również w prawem oku i odnośnej połowie głowy — wraz z uczuciem rozsadzania i wypierania gałki. Z czasem bóle stały się częstszymi i silniejszymi, później jednak zaczęły słabnąć, aż wreszcie,

miesiąc temu, przeszły w stan stałej, niezbyt dotkliwej bolesności. Chory nie zwracał się o pomoc do lekarzy; obecnie zaś przybył do szpitala zaniepokojony opinią »babek«, które dowodziły, że choroba może przejść na oko lewe, dotychczas zdrowe.

Stan obecny. Prawa gałka oczna znacznie wysadzona i zepchnięta ku dołowi i środkowej linii twarzy, przyczem powieka dolna wywinięta więcej od strony nosa, niż skroni. — Zresztą powieki domykają się jeszcze szczelnie. Ruchliwość gałki dość wyraźna, choć znacznie ograniczona, osobliwie ku wewnętrznej i dolnej stronie. Spojówka wszędzie na pozór zdrowa, z wyjątkiem części, wyścielającej wywiniętą powiekę, zaczerwienionej i zapalnej. Rogówka i tęczówka zmian żadnych nie przedstawiają. Źrenice, rozszerzone, jak przy jaskrze, po wkropleniu ezeryny zwężają się prawidłowo. Soczewka zupełnie zaćmiona *(cataracta matura)*. Pod palcami wyraźnie wyczuwa się wyniosłości guzowate, dość twarde, okalające tylny odcinek gałki, osobliwie od strony skroniowej, rozpoczynające się prawie tuż u przyczepów mięśniowych i jakoby wypełniające cały oczodół. Gałkę udaje się zepchnąć nieco ku górze i na zewnątrz tylko wraz z guzami. Napięcie oka wzmożone. Bolesność przy ucisku nieznaczna. Wzrok = 0.

Lewe oko prawidłowe; wzrok = 1. Odpowiednie gruczoły limfatyczne szyi niewyczuwalne. Narządy wewnętrzne nic godnego uwagi nie przedstawiają. Trawienie i odżywianie zadawalniające.

Przyjmując pod uwagę wiek chorego, późne wzmożenie napięcia (v. Graefe), rozwinięcie ślepoty przed objawami zapalnymi, prawidłowy stan lewego oka, wreszcie wysadzenie gałki i obecność guzową tych wyniosłości, stwierdzoną przy badaniu palcami, — postawiono rozpoznanie: neoplasma chorioideae, przypuszczalnie, mięsak naczyniówki w trzecim okresie jego rozwoju *(st. perforationis)*.

Badanie zapomocą wziernika, które okazało się możliwem dopiero po usunięciu zaćmy, najzupełniej potwierdziło powyższe rozpoznanie. Przekonano się bowiem, że obok zaniku tarczy n. wzrokowego, przez dostatecznie jeszcze przezroczyste

środowiska — poza źrenicą w głębi oka — widniało szare oderwanie siatkówki, wypuklonej w kilku miejscach, — guzowato, bez załamań. Owe gładkie guzy wychodziły jakby z dna oka, wiankiem, okalającym tarczę i zacierającym jej granice, i jedne kończyły się w polu widzenia, inne ginęły poza tęczówką. Przez wypukloną w ten sposób siatkówkę wyraźnie widać było nabrzmiałe i kręte naczynia. Siatkówka przy ruchach oka falowaniu nie podlegała. Wobec całkowitego zniesienia wzroku w cierpiącem oku, a szczególnie wobec tego, że już w danym okresie mięsaków naczyniówki nawroty należą do częstych zjawisk (94% według Fuchsa), przystąpiłem 2 listopada 1899 r. do wyłuszczenia oka wraz z guzem. Operacya nie przedstawiała trudności z powodu, że guz, znajdując się w lejku mięśniowym i rozpierając takowy, leżał luźno wśród otaczających tkanek. Ponieważ guz dosięgał otworu nerwu wzrokowego *(foraminis n. optici),* ostatni starałem się przeciąć tuż u wejścia do oczodołu.

Na pozór operacya wydawała się zrobioną w swoim jeszcze czasie, chociaż na razie nie można było mieć pojęcia, o ile cięcie miało miejsce w zdrowych częściach nerwu. Po jedenastu też dniach chory na własne żądanie został wypisany ze szpitala z raną, pokrytą zdrową na pozór ziarniną.

Jednakże już 22 sierpnia 1900 r. chory zjawił się do szpitala z nawrotem cierpienia. Na ten raz cały prawy oczodół był wypełniony guzami, z których jeden wydobywał się z głębi, dwa mieściły się poza błoną śluzową powieki dolnej. Gruczoły limfatyczne podszczękowe i szyi z prawej strony wyraźnie dawały się wyczuwać. W odpowiedniej jamie pachowej mieścił się guz wielkości jaja gołębiego. Pod skórą zaś tułowia, osobliwie strony przedniej i prawej, — na piersiach i brzuchu — widniały tu i owdzie guzki wielkości rozmaitej — od grochu do laskowego orzecha, w liczbie ogólnej 67. Zabarwienie nowotworów przez skórę nie przeświecało. Wątroba była powiększoną, wyczuwała się na trzy palce poniżej krawędzi klatki piersiowej. Trawienie i odżywianie podlegało upośledzeniu. — Mieliśmy więc do czynienia nie tylko z nawrotem cierpienia,

lecz i z jego rozpowszechnieniem w powłokach, jak również z bardzo prawdopodobnem zajęciem narządów wewnętrznych.

Dnia 26 sierpnia t. r. wykonałem całkowite opróżnienie *(exenteratio)* oczodołu zajętego, nie pozostawiając nawet okostnej, zgodnie z radą Fuchsa; wyłuszczyłem też guz z jamy pachowej i drugi, wielkości orzecha laskowego, leżący w okolicy prawego mięśnia piersiowego, poczem chory został poddany leczeniu kwasem arszenikowym podług sposobu Czerny-Trunečka[1]), w połączeniu z dawkami liq. Fowleri do wewnątrz. Sześciotygodniowe leczenie jakoby powstrzymało rozwój choroby. Można przynajmniej orzec ze stanowczością, że trawienie zostało uregulowane, co korzystnie wpłynęło na odżywianie chorego. Waga bowiem ciała wzrosła o 1,2 kilo. Powstawania nowych guzów również nie zauważono. Dalsze leczenie zostało przerwane z powodu wyjazdu chorego, zaniepokojonego sprawami domowemi, dnia 14 października b. r.

Badanie makroskopowe wykazało, co następuje: nowotwór wraz z gałką przypomina nieco postać nerki, — długi 16 mm, szeroki 23 mm; sam przez się okala tylną półkulę oka, nasuwając się na nią na wzór chełmu — od strony skroniowej. Po złuszczeniu zcieńczonej torebki (pochwa zewnętrzna nerwu wzrokowego), nowotwór przedstawiał konsystencyę sprężystą, powierzchnię nierówną, zrazikową; to samo widać było na przekroju (patrz zdjęcie fotograficzne na str. 81). Samego nerwu wzrokowego — nawet w miejscu odcięcia nowotworu — wyśledzić nie można, co jakoby przemawia za tem, że część nowotworu wraz z wejściem nerwu pozostała nieusuniętą.

Po przebiciu twardówki guz rozwija się, raczej rozlewa kilkoma wyniosłościami po jej wewnętrznej ściance, przyczem wypukla do wewnątrz naczyniówkę wraz z siatkówką; ostatnia

---

[1]) Właściwie smarowanie Czerny-Trunečka było tylko — zgodnie z ich metodą — na częściach, niepokrytych powłokami, t. j. w oczodole; w gruczoły zaś i guzeczki nowotworowe wstrzykiwano sol. Fowleri podług przepisu, używanego przez Billrotha w leczeniu chłoniaków złośliwych, przyczem do wewnątrz podawano ten sam roztwór w zwiększonych dawkach (do 30 kropel na dobę).

daje się łatwo oddzielić od guzów na całej prawie przestrzeni; gdy naczyniówka stanowi jedną jakoby masę z guzami.

Pod drobnowidem [1]) zauważono, że guz składa się z tworów komórkowych okrągłej postaci, układających się w okrągłe i owalne gniazda i grupy takich gniazd, przeważnie zaś z gęstej przezroczystej tkanki, nie posiadającej określonej budowy;



Mięsak n. wzrokowego. Powięk. $^6/_1$.
N. strona nosowa (górna połowa prawego oka). S. strona skroniowa. R. siatkówka. Ch. naczyniówka. G. guzowate wyniosłości. Z. zraziki nowotworu.

miejscami z tkanki włóknistej, rozrosłej najwidoczniej, — sądząc z kierunku włókien, — na koszt włókien nerwowych, uległych zanikowi. Gniazda komórek. odgraniczone od osłony kręgiem, a gdzieniegdzie tylko półksiężycem przestrzeni świetlnej (po części wynik zmarszczenia od kwasu chromowego i alkoholu, jak wyjaśnia Ziegler [2]).

Miejscami widać twory komórkowe, ugrupowane w kręgi ze światłem pośrodku, przyczem w niektórych widnieją ciałka krwi (światła naczyń). Światła naczyń zwężone, a ściany ich

[1]) Ustalenie w celluloidynie i barwienie hematoksyliną podł. Weigerta.

[2]) Ziegler: Podręcznik ogólnej i szczegółowej anatomii patologicznej. — Tłom. z niemieckiego.

znacznie zgrubiałe. W części gałkowej nowotworu naczyń znacznie więcej, niż w części dośrodkowej; w ostatniej na wielu skrawkach wcale ich nie ma. Zmian patologicznych w naczyniówce niepodobna ściśle odgraniczyć od takich zmian w warstwach, pod nią leżących; nowotworowe nacieczenie widocznem jest we wszystkich jej częściach. Ani w naczyniówce, ani w siatkówce nie widać zbliznowaceń, jako śladów przebytego zapalenia.

Powyższe dane przemawiają za tem, że w opisywanym przypadku mieliśmy do czynienia z włókniako-mięsakiem z charakterystyczną budową, osobliwościami klinicznemi i złośliwością. Pozostaje przeto do rozstrzygnięcia pytanie, gdzie szukać punktu wyjścia dla nowotworu: w naczyniówce, za czem zdają się przemawiać bardziej dane kliniczne (takie rozpoznanie było postawione przed operacyą) i wyraźne w niej nacieczenie nowotworowe, czy też w nerwie wzrokowym, ewentualnie w onerwiu. Ostatnie wydaje się prawdopodobniejszem wobec daleko posuniętych zmian, jakim nerw ten uległ i przy których zmiany śródoczne wtórną i podrzędną grać muszą rolę.

Jeżeli zaś takie śródoczne rozlewanie się pierwotnego mięsaka nerwu wzrokowego do rzadkich musi należeć zjawisk, a nawet zdaniem niektórych wydaje się wprost niemożliwem (Lagrange[1]), to powodów należy szukać w tej jedynie okoliczności, że opisywane dotąd przypadki należą do wcześnie dostrzeżonych, w których cierpienie nie zdołało rozwinąć się dalej. Nie dziw więc, że między niemi znajdują się i takie przypadki, jak Axenfelda[2]), gdzie czynność wzrokowa pozostała w całej niemal sile, lub przypadek Stanculeanu[3]), gdzie sprawa wywołała zaledwie objawy zastoinowe w tarczy, a z drugiej strony cały szereg przypadków ze zniesieniem czynności wzrokowych i zanikiem włókien nerwowych.

---

¹) »le néoplasme ne se propage jamais jusqu'à la papille; il est arrêté par la lame criblée«. F. Lagrange — Précis d'ophtalmologie. 1897.

²) Axenfeld: Demonstration eines Falles von exstirpirtem Myxosarkom des Sehnerven (Korrespondenzblatt des Allg. Mecklenb. Ärztevereins. Nr 195., ref. Centralbl. f. Chirurgie. Nr 18. 1899.

³) Societé anatomique 29 Juin 1900., ref. Presse med. Nr 54. 1900.

Warunki społeczne szerokie granice zakreślają rozwojowi cierpienia. Gdy jedni zwracają się do lekarza już z pierwszymi objawami choroby, inni, jak nasz chłop niezaradny i nieoświecony, pozwalają jej rozwijać się poza znane dotąd granice. Anatomicznie, wbrew zdaniu Lagrange'a, powyższego rozwoju mięsaka pierwotnego nie można uważać za niemożliwy, ponieważ drogami przenikania do śródocza mogły tu służyć te same drogi limfatyczne. które pozwoliły mu rozrastać się po twardówce (tak w naszym, jak i w wielu innych znanych przypadkach) i później (prawdopodobnie przez przestrzenie Tenona) przeniknąć do systemu chłonnego całego ustroju.

2. O stosunku chorób nosa do zaburzeń ocznych.

Podał

DR JAN SĘDZIAK.

Jakkolwiek już przeszło przed laty 30 zwracano uwagę (Arlt, Ziem) na fakt, że pewne zaburzenia oczne zależą od zmian w nosie, względnie w jego zatokach, to jednak dopiero w ostatnich czasach sprawa ta dokładniej została opracowana.

Oprócz licznych prac kazuistycznych do wyświetlenia stosunku chorób nosa, względnie jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej, przedewszystkiem przyczyniły się prace Lievena (1), Batuta (2), Gradlea (3), Caldwella (4), Niedena (5), Ziema (6 i 7), Kuhnta (8), wreszcie Arslana (9) i Fortunatiego (10).

I w znakomitej monografii Schmidt-Rimplera (11) o chorobach ócz w związku z innemi cierpieniami znajduje się rozdział, poświęcony stosunkowi chorób nosa do ocznych zaburzeń.

Najbardziej jednak wyczerpująco sprawa ta została opracowana przez Wincklera (12), a ostatnio przez Jonasa (13), których monografiami przedewszystkiem posiłkowałem się przy pisaniu niniejszej pracy.

U nas w sprawie powyższej pisał Lubliner (14).

»Wenn 2 Organe in anatomischer Beziehung sich so nahe stehen, wie Nase und Auge, und wenn dieselben von Gefässen und Nerven versorgt werden, welche zum grössten Theil demselben Stamme entspringen, dann dürfen wir wohl a priori annehmen, das auch die Function des einen nicht ohne Einfluss sein wird auf die des andern« — tak się wyraża Jonas w wyżej wspomnianej monografii (str. 108).

I rzeczywiście pod względem anatomicznym jamy nosowe znajdują się w tak ścisłym związku z narządem wzroku, że różnorodne sprawy chorobowe mogą z wielką łatwością przechodzić z nosa, względnie jego zatok na oczy bądź bezpośrednio *per continuitatem* zapomocą przewodu nosołzowego, odgrywającego tu takąż rolę, jak trąbki Eustachiusza w cierpieniach usznych pochodzenia nosowego, bądź pośrednio *per contiguitatem,* jak to ma miejsce przy zaburzeniach ocznych, mających swoje źródło w cierpieniach jam bocznych nosa.

Rozpatrzmy pokrótce te stosunki anatomiczne: 1) przewód nosołzowy *(ductus s. canalis nasolacrymalis),* przeznaczony do odprowadzania łez z worka łzowego, znajdującego się w jamie łzowej i obejmującego przewodziki łzowe, do jam nosowych, przebiega w bróździe między środkową ścianą jamy szczękowej górnej i częścią bocznej ściany nosowej, do której przylega przedni odcinek dolnej małżowiny nosa.

Dolne ujście przewodu nosołzowego, oddalone od przednich otworów nosa *(nares)* na 22—25 mm, znajduje się bądź w bliz-kości sklepienia dolnej małżowiny, lub też wydłuża się mniej więcej do środkowej części stropu dolnego przewodu nosa. Jeżeli otwór znajduje się wysoko, to przedstawia się on wówczas, jak otwarta, szeroka jama, jeżeli zaś leży dalej ku dołowi, wtedy jest on węższy i wskutek skośnego przebiegu przykrywa go załamek błony śluzowej. Czasami prócz ujścia głównego bywa 1—2 dodatkowych (Mihalkovics).

Przewód nosołzowy pokryty jest błoną śluzową, stanowiącą dalszy ciąg takiejże błony śluzowej nosa i również jak ta ostatnia wysłaną nabłonkiem migawkowym.

Co się tyczy naczyń, to tętnice sitowe przednie *(art. ethmoi-*

dales ant.), zaopatrujące boczne części nosa i przedni odcinek przegrody, pochodzą z tętnicy ocznej.

Prócz tego idzie bezpośrednio od oka gałązka tętnicza wzdłuż przewodu nosołzowego (Zuckerkandl).

Żyły nosa również znajdują się w związku z vena ophthalmica za pośrednictwem splotu łzowego *(plexus lacrymalis)*;
2) zatoki boczne nosa: odnośnie przedewszystkiem do jamy Highmora ważnem jest, że przewód nosołzowy przylega do środkowej ścianki tej jamy na przestrzeni około 15 mm i że ścianka ta jest przytem cienka; dalej nie należy zapominać, że górna ściana zatoki szczękowej górnej jest zarazem dnem oczodołu i że zwłaszcza w środkowej części jest ona bardzo cienka. Wszystko to tłómaczy łatwość, z jaką sprawy zapalne (ropnie) mogą *per contiguitatem* rozszerzać się z tych jam na oczodoły.

Niemniej ważne są stosunki anatomiczne zatok czołowych do oka: i tak część oczodołowa kości czołowej dostarcza tym zatokom ściany zarówno mózgową, jak i oczodołową, to jest tylną i dolną. Ta ostatnia prawie zawsze rozciąga się do brózdy nadoczodołowej *(incisura supraorbitalis)*, w większości zaś przypadków ciągnie się dalej wzdłuż tej ostatniej. Najcieńsza część dna jamy czołowej leży niedaleko od wewnętrznego kąta oczodołu.

Według Kuhnt'a 2 są miejsca, które szczególnie usposabiają do przejścia spraw chorobowych (ropni) z zatoki czołowej na jamę oczną: jedno znajduje się ściśle w wewnętrzno-górnym kącie oczodołu, nieco ku tyłowi i poniżej fovea trochlearis, a drugie $^1/_2$—1 ctm ku tyłowi od incisura supraorbitalis.

Zatoka klinowa pod względem anatomicznym ma duże znaczenie dla powstawania *per continguitatem* cierpień narządu wzrokowego — przedewszystkiem zaś jej strop i boczne ścianki. Na pierwszym skośnie przebiega brózda, utworzona przez limbus sphenoidalis i tuberculum sellae turcicae, t. zw. brózda wzrokowa *(sulcus opticus)*. Obejmuje ona chiasma.

Brózda ta przechodzi następnie bocznie bezpośrednio w przewód wzrokowy *(canalis opticus)*, utworzony przez małe skrzy-

dła klinowe, a w którym przebiegają nerw wzrokowy i tętnica oczna.

Na ścianie bocznej jamy klinowej znajduje się zatoka jamista *(sinus cavernosus)*, w której przebiegają: koniec tętnicy szyjowej wewnętrznej *(carotis int.)* z sympatycznym splotem szyjowym *(plexus caroticus)*, oraz nerwy: oculomotorius, trochlearis et abducens.

Ważnem jest także, na co zwrócili uwagę Zuckerkandl, Berger i Tyrman, że przy bardzo rozwiniętych zatokach klinowych przegroda między foramen opticum i sinus spheenoidalis najczęściej bywa niezwykle cienką.

Najbardziej jednak zbliżone do oka pod względem anatomicznym są zatoki sitowe *(cellulae ethmoidales)*, które bezpośrednio przylegają do wewnętrznej ściany oczodołu, utworzonej w większej części z kości łzowej i lamina papyracea

Jest ona najsłabszą ze wszystkich ścian oczodołu, zwłaszcza delikatnym jest przedni odcinek laminae papyraceae, mianowicie część, znajdująca się bezpośrednio poza luźnem połączeniem szwowem z kością łzową.

Wreszcie dla zrozumienia stosunku chorób jamy nosogardzielowej do ocznych zaburzeń ważnym jest fakt, że tkanka tłuszczowa i łączna, ciągnąca się od fissura orbitalis inf. do jamy skrzydło-podniebiennej *(fossa pterygo-palatina)* daje wyrostki przez foramen spheenopalatinum do jamy nosogardzielowej.

Po tych krótkich danych anatomicznych, które uważałem za niezbędne dla łatwiejszego zrozumienia związku przyczynowego, zachodzącego między cierpieniami nosa a pewnemi zaburzeniami ocznemi, przechodzę do wykazania tego ostatniego związku.

Zaburzenia oczne w przebiegu cierpień nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej, pomijając uraz, oraz bezpośrednie przenoszenie zarazka zapomocą palców, co zwłaszcza u dzieci zołzowatych często ma miejsce, przedewszystkiem powstawać mogą:

1) *per continuitatem* — w ten mianowicie sposób rozszerzają się, jak to już wspomniałem, bezpośrednio sprawy chorobowe na oczy za pośrednictwem przewodu noso-łzowego;

2) *per continguitatem*, w który to sposób powstaje większość zaburzeń ocznych przy zajęciu (ropniach) jam bocznych nosa (Highmora, czołowych, klinowych i sitowych, oraz ich kombinacyi);

3) wskutek zaburzeń w krążeniu zarówno w układzie krwionośnym, jak i chłonnym, wspólnymi do pewnego stopnia dla obu narządów;

4) wreszcie znaczna część zaburzeń ocznych powstaje na drodze odruchowej z nosa za pośrednictwem zwłaszcza nerwu trójdzielnego *(n. trigemini)*.

Najczęstszą bez wątpienia drogą, którą sprawy chorobowe z jam nosowych przechodzą na oczy, jest przewód nosołzowy. Że tak jest, świadczą o tem dane statystyczne: tak n. p. Kubli (15) podaje, że na 210 przypadków zajęcia dróg łzowych, tylko w 11 nie było zmian żadnych w jamach nosowych, Lubliner zaś na 94 w 5, Keller podaje stosunek zmian nosowych do zaburzeń ocznych, powstałych tą drogą, t. j. za pośrednictwem przewodu nosołzowego, 95—97%.

Jakie cierpienia nosa przedewszystkiem wywołują tą drogą zaburzenia oczne? Te, które zapomocą ucisku dolnego ujścia — zwykle wówczas wązkiego — przewodu nosołzowego powodują zatkanie tego ostatniego.

A ponieważ, jak to wspomniałem na wstępie, ujście to znajduje się pod przednim końcem małżowiny dolnej, przeto przedewszystkiem stany przerostowe tej ostatniej są najczęstszą przyczyną tego rodzaju zaburzeń ocznych. Oprócz tych przerostów zwykłych, a bardziej jeszcze polipowatych, zatkanie dolnego otworu przewodu nosołzowego może być wywołane wtórnie przy znacznem zboczeniu (skrzywieniu) przegrody nosa.

Że zmiany powyższe rzeczywiście mogą warunkować zaburzenia oczne tego rodzaju, jak łzawienie, względnie ropienie, występujące przy t. zw. śluzoropotoku worka łzowego *(dacryo-*

cystitis, blenorrhoea sacci lacrymalis), najlepiej świadczy wynik leczenia przyczynowego.

W praktyce mojej, zarówno prywatnej, jak i lecznicowej, mam cały szereg zapisanych przypadków tego rodzaju — przypadków, w których zazwyczaj bezskutecznie przez czas dłuższy było stosowane, przez okulistów zwykle w tych razach zalecane leczenie (sondowanie, przemywanie), a w których, przy leczeniu przyczynowem, t. j. po usunięciu zmian przerostowych bądź drogą operacyjną, bądź za pomocą mięsienia drgawkowego *(innere Schleimhautmassage)*, udawało mi się, niekiedy w stosunkowo bardzo krótkim czasie (w jednym przypadku n. p. dotyczącym 20kilkoletniego chorego, już po 12 posiedzeniach mięsieniowych), doszczętnie usunąć ten przykry dla chorych objaw, jakim bez wątpienia jest łzawienie, względnie ropienie z oka.

Oprócz tej, że się tak wyrażę, drogi mechanicznej, zaburzenia oczne mogą powstawać bezpośrednio przez rozszerzanie się sprawy chorobowej z jam nosowych na oczy za pośrednictwem przewodu nosołzowego. Ma to miejsce wtedy, gdy dolne ujście przewodu jest nadmiernie szerokie, a więc przedewszystkiem przy sprawach zanikowych błony śluzowej nosa *(rhinitis catarrhalis chr. atrophicans, resp. ozaena)*. Lubliner tego rodzaju zmiany spostrzegał prawie w $^1/_3$ części u swoich chorych.

Za przyczynowym związkiem spraw zanikowych w nosie i przewodzie łzowym i spojówce przemawia jednakowość zarazka, spotykanego w tem cierpieniu.

Jak wiadomo, Loewenberg w roku 1884 wyhodował przy ozenie pasożyta »cocco-bacillus«, którego uważa za swoisty dla tego cierpienia; jest on identyczny z odkrytym następnie przez Abela »bacillus mucosus ozaenae«[1]. Otóż takie same pasożyty znajdowali również i w spojówce w tem cierpieniu Terson i Gabrielides (16).

---

[1]) Bliższe szczegóły w tej sprawie znajdują się między innemi w moim podręczniku »Choroby nosa i t. d.«. Warszawa 1897 r., oraz u Baurowicza — Przegląd Lekarski. 1895. Nr 46.

Że w tych razach sprawa zanikowa na spojówce powstała w następstwie takichże zmian w jamach nosowych *(ozaenae)*, a nie odwrotnie, jak utrzymuje Nieden, to zdaje się nie ulegać wątpliwości.

Lecz nie tylko sprawy nieżytowe przewlekłe mogą za pośrednictwem przewodu nosołzowego rozszerzać się *per continuitatem* na oczy, wywołując tam sprawy podobne na spojówce, względnie rogówce, lecz i sprawy zapalne ostre. I tu za przyczynowym związkiem tych cierpień w obu narządach, to jest w oku i nosie, przemawia identyczność zarazka chorobotwórczego.

I tak: tenże sam pneumococcus (diplococcus Fraenkel-Weichselbaum) był spostrzegany przy conjunctivitis i keratitis (Uhthoff 17), co i w coryza acuta (Thost 18).

Dalej paciorkowce (streptococci) przy zapaleniu spojówki znajdywał Parinaud (19), gronkowce (staphylococci) zaś Barbier i Cuénod (20); te ostatnie bywały też znajdywane w jamach nosowych, zwłaszcza w t. zw. krupie (Seifert, Sędziak 21). Wreszcie i pasożyt tryprowy (gonococcus Neisseri), oraz laseczník przeciwbłoniczy (bacillus Loeffleri) zarówno spotykane bywają w jamach nosowych, jak i na spojówce.

Oprócz tych spraw — zmiany chorobowe w okostnej ścian przewodu nosołzowego mogą być wywołane owrzodzeniami natury gruźliczej, lub syfilitycznej.

Niezmiernie częstemi bywają zaburzenia oczne pochodzenia nosowego u dzieci skrofulicznych (40°/₀ według Wincklera). Przytem zmiany u wejścia do nosa *(eczema)*, warunkowane drażnieniem ostrą wydzieliną śluzoropną, za pośrednictwem palców mogą bezpośrednio być przenoszone na oczy, wywołując cały szereg zaburzeń *(blepharitis, conjunctivitis etc.)*.

Rzecz prosta, że oprócz powyższej drogi sama sprawa nieżytowa u tego rodzaju dzieci zołzowatych z wielką łatwością za pośrednictwem przewodu nosołzowego może się przenosić na narząd oczny. Prawdopodobnie owa niezwykła skłonność do nawrotów, znamienna dla cierpień ocznych natury skrofulicznej, zależy od istniejących stałych spraw chorobowych w jamach nosowych. (Dok. nast.)

II. STRESZCZENIA.

Archiv für Augenheilkunde. Tom XLII. zesz. 4.

O 2 przypadkach guzków kiłowych na spojówce gałkowej. (Ueber zwei Fälle von syphilitischen Papeln der Conjunctiva bulbi). Schreiber.

Jeżeli pominiemy wrzody kiłowe i kilaki, które na spojówce oka, a także i na innych jego częściach są dość częstą przypadłością, to widzimy, że guzki kiłowe są rzadkie, co też i z dotychczasowych szczupłych ogłoszeń w tym kierunku wynika.

Takie zmiany opisywał Smee, Lang, Fialkowsky, Terson i inni nieliczni autorowie. Wobec tych nielicznych przypadków, ogłoszonych w literaturze, musi się dziwnem wydać zapatrywanie Staelina, który, badając 200 chorych, zakażonych kiłą, widział u 21 z nich, a zatem w 10·5%, guzki kiłowe.

Najczęstszem ich siedliskiem był załamek spojówki dolnej powieki, a raz tylko spojówka gałki ocznej. Do rzadkiego więc w tym względzie umiejscowienia guzków kiłowych na spojówce gałkowej dołącza autor opis 2 przypadków, które widział.

Przypadek 1. — U 45letniej kobiety były części sromne zajęte wrzodami kiłowymi, sięgającymi aż do pośladków. Podobne wrzody znajdywały się także i na wargach ust. Mimo przeprowadzonego leczenia przeciwkiłowego stan ogólny tylko zwolna się poprawiał, a równocześnie pojawiła się powyżej rogówki na spojówce gałkowej lewego oka guzkowata wybujałość, wielkości prosa, która się z czasem zwiększała. Wybujałość ta, wznosząca się znacznie ponad poziom spojówki, miała powierzchnię słoninowatą. Obok tego znajdywał się w wewnętrznym kącie powiek mały wrzód, pokryty strupami, a 3 podobne małe wrzody były umiejscowione na brzegu górnej powieki. Poza tem była gałka oczna i dno oka prawidłowe.

2 przypadek dotyczył 21letniej dziewczyny, u której znajdywały się na sromie owrzodziałe guzki, a podobne także w kącie ust i w nosie. Na dolnej krawędzi powieki prawego oka był umiejscowiony mały wrzód, pokryty ropą, który przechodził częściowo na górną powiekę. Niebawem pojawiły się na spojówce gałkowej guzkowate, szaro białawe nacieki, które w przeciągu dni kilku stawały się coraz większe i liczniejsze. Wybujałości te o żółtawo szarej barwie wznosiły się znacznie nad powierzchnię obrzękłej spojówki i były po większej części pozbawione przybłonka, miejscami zaś rozpadłe. Sama gałka oczna była poza tem prawidłowa.

Rozpoznanie było w obu tych przypadkach znacznie ułatwione przez istniejące zmiany ogólne, a przeprowadzone leczenie ogólne wstrzykiwaniami rtęciowemi i miejscowem wkraplaniem oleju szarego dało wynik zupełnie zadawalniający. *T. Bałłaban.*

XXIV. *Badania nad działaniem magnesów ocznych.* (Untersuchungen über Augenmagnete). Türck.

Autor podjął się zadania zbadać stosunek działania wielkiego magnesu Haaba do magnesu małego Hirschberga. W tym celu sporządził 8 odłamków żelaza o wadze 1—500 mg. Dla każdego z tych odłamków oznaczył on przedewszystkiem siłę, jakiej potrzeba, aby odłamek został przyciągniętym przy bezpośredniem zetknięciu się z magnesem w odległości 2—50 mm. — Odporność odłamków ustalił w ten sposób, że każdy opiłek był przylepiony pomiędzy dwie kartki papieru, a tylko koniec jego, zwrócony ku biegunowi magnesu, był wolny. Poniżej drugiego końca zawiesił autor w papierze haczyk z miseczką, obciążoną ciężarkami.

Przeprowadzone badania, których wyniki w każdym razie dla żyjącego oka muszą być przyjęte z zastrzeżeniem, dały następujący wynik.

1. W przypadkach, w których rozchodzi się o wyjęcie bardzo małych odłamków żelaza, uwidocznia się większa lub mniejsza siła działania magnesu daleko więcej w przyciąganiu z większej odległości, aniżeli z pobliża.

Tę zaletę przyciągania małych odłamków z wielkiej odległości posiada magnes Haaba w daleko niższym stopniu, aniżeli magnes Hirschberga.

2. Z powodu znacznej siły, jaką rozwija w sobie magnes Haaba, należy starać się o ile możności o najdalsze jego oddalenie od oka. Przez to bowiem staje się siła jego działania nie tylko słabszą, ale zarazem i bardziej równomierną.

3. Im magnes jest silniejszym, tem bardziej może być przy operacyi oddalonym od oka i tem bardziej równomiernie bywa opiłek przyciągany. Z tego powodu zasługuje silny magnes Haaba w pierwszym rzędzie na uwzględnienie, gdyż jest on przy odpowiednich wskazaniach do operacyi najmniej niebezpiecznym. —

Dr Bałłaban.

XXV. *Przyczynek do patologicznej anatomii następowej jaskry wskutek nadwichnięcia soczewki.* (Zur pathologischen Anatomie des Secundärglaucoms nach Linsen-Subluxation). Ischreyt.

Badania anatomopatologiczne w przypadkach następowej jaskry wskutek nadwichnięcia soczewki należą do największych rzadkości. Autor opisuje przypadek, w którym nadwichnięcie soczewki zostało

spowodowane uderzeniem w prawe oko u 50letniego mężczyzny. Wskutek silnych bólów i objawów jaskry zapalnej wyjęto to oko. Wyjęta gałka oczna została stwardnioną w formolu. Postać jej była bardzo nieprawidłowa, gdyż mocno zmętniała rogówka i twardówka były silnie wydęte. Soczewka przemieszczona ku górze i na zewnątrz. W tym też południku włókna rąbka Zinniusza zachowane, w przeciwnym zaś przerwane. W miejscu ich przerwania ciałko rzęskowe zanikłe i bardzo przekrwione. Przednia część gałki ocznej jednostajnie wydęta. — Tęczówka u nasady zrośnięta z twardówką i w tem miejscu zmieniona wskutek napięcia w cieniutką błonkę barwikową. Układ naczyń Fontany i zwój żył rzęskowych nie dał się nigdzie wykazać. Drogi, służące do odpływu tylnych naczyń krwionośnych i chłonnych nie wykazywały ważniejszych zmian.

Badanie drobnowidowe.

Spojówka gałkowa była zgrubiałą, żyły jej znacznie rozszerzone. W tej tkance znajdywały się liczne komórki okrągłe o jednem jądrze. Podobne komórki były rozmieszczone także pomiędzy komórkami przybłonka.

Zgrubiały nabłonek rogówki był nieprawidłowy, gdyż powierzchowna warstwa komórek płaskich była zgrubiałą i wyraźnie wyniosłą, w stosunku do jego głębszych warstw. Pomiędzy komórkami nabłonka znajdywały się rozsiane komórki okrągłe. Naciekła błona Bowmana nie była ostro odgraniczoną od głębszych warstw rogówki, przyczem naciek był najbardziej uwidocznionym w okolicy rozszerzonych naczyń. Na szczycie rogówki były umiejscowione dość liczne jednolite wypustki, obok zaś nich subtelne osady wapna, barwiące się hematoksyliną, silnie czerwono. W głębszych warstwach rogówki stawały się komórki okrągłe coraz rzadsze. Błona Descemeta była zgrubiałą, a tak w jej przybłonku jak i w innych miejscach rogówki były rozmieszczone komórki barwika.

Przednia część twardówki była tak silnie wydętą, że granica pomiędzy nią a rogówką była zupełnie zatartą. Ta część twardówki była też silnie naciekłą komórkami okrągłemi o jednem jądrze i to głównie wzdłuż naczyń. Wskutek tego były włókna twardówki bardzo rozszerzone i rozmiękłe. Żyły rzęskowe były bardzo zgrubiałe, natomiast tętnice prawidłowe. Zanikła tęczówka posiadała tylko nieliczne naczynia o ścianach zgrubiałych, miejscami zupełnie zarosłe. Tak się zachowywały głównie tętnice tęczówki, podczas gdy żyły były po większej części rozszerzone. W nieprawidłowej warstwie barwikowej znajdywały się liczne grudki barwika. Na zewnątrz i ku górze, w miejscu, gdzie tęczówka oderwała się od twardówki, była jej powierzchnia pokrytą nowowytworzoną warstwą szklistą.

Podobnie zanikłe i naciekłe było ciałko rzęskowe.

Dobrze utrzymana torebka zwichniętej soczewki była zmarszczoną, natomiast obwodowe włókna soczewki rozpadłe. W naczyniówce były naczynia i ich ściany prawidłowe. Warstwa włókien nerwowych siatkówki była przesiąkłą licznemi komórkami okrągłemi, naczynia jej szklisto zwyrodniałe i zarosłe. Warstwa komórek zwojowych i warstwa ziarnista wewnętrzna siatkówki były nieprawidłowe, a granice ich zatarte.

Autor przyjmuje, że jaskra następowa powstała w tym przypadku wskutek nieustannego drażnienia nie tylko naczyń rzęskowych, lecz także i dalszych części gałki ocznej. Drażnienie to spowodowało wystąpienie składników krwi z naczyń w całej przedniej części gałki ocznej, a spowodowane tem zapalenie *(uveitis anterior)* wywołało następowe zatkanie przednich dróg odpływowych oka, a tem samem wydęcie i rozmiękczenie twardówki w przedniej jej części. Zdaje się, że szybko wzmagające się wydzielanie cieczy było także powodem przyłożenia się tęczówki u jej nasady do twardówki.

Dr Bałłaban.

XXVI. *O torbielowatem znamieniu barwikowem spojówki* (Ueber den Naevus pigmentosus cysticus der Bindehaut). Pindikowski.

Utwory torbielowate spojówki gałkowej należą wogóle do rzadkości, a sposób ich powstania nie jest po dziś dzień jeszcze dokładnie ustalony. Pod pewnymi warunkami powstają torbielowate te utwory spojówki ze znamion, przyczem wybujały przybłonek wciska się w głąb tkanki, tworząc czopy przybłonkowe lub też puste cewki. Podobny przypadek, który autor nazywa »Naevus pigmentosus cysticus«, tyczył się 47letniej kobiety, u której znajdywała się na spojówce gałkowej, tuż obok ścięgna mięśnia prostego zewnętrznego, ciemna plama, wielkości główki od szpilki. Z czasem zwiększyła się ta plama, tak, że jej przekrój wynosił 5 mm $\times$ 2 mm.

Badanie drobnowidowe wykazało w wyciętej tej plamie bardzo liczne torbiele, wyłożone w wewnętrznej ich ścianie przybłonkiem. Pomiędzy torbielami a przybłonkiem była spojówka bardzo zgrubiałą, wskutek licznie tam nagromadzonych komórek i w powstaniu będących małych torbieli. Odpowiednio do zgrubiałej spojówki był jej nabłonek w całej swej rozciągłości mocno ścieńczały. Pomiędzy krągłymi torbielami znajdywała się bardzo cienka tkanka łączna. Przybłonek torbieli był dwuwarstwowy, warstwa jego zewnętrzna składała się z komórek sześciennych, warstwa wewnętrzna zaś z komórek płaskich. Miejscami był przybłonek torbieli wielowarstwowy, a wypełnione były te torbiele nielicznym rozpadem. W środkowej części tej plamki widoczne w tkance łącznej roz-

siane zbite masy komórek o naturze nabłonka spojówki, miejscami zaś można było dokładnie rozpoznać komórki nabłonka, które, wciskając się w tkankę podspojówkową, tworzyły początek torbieli. Pomiędzy małymi torbielami, a także w tkance ponad nimi znajdywały się nagromadzone liczne grudki barwika, składające się z żółtawobrunatnych ziarnek.

Nie podlega żadnej wątpliwości, że torbielowate te utwory znamienia barwikowego powstały w tym przypadku w ten sposób, że nabłonek spojówki wcisnął się w głąb tkanki podspojówkowej, poczem się zadzierzgnął *(Abschnürung)* i rozpadł [1]).

Dr Bałłaban.

XXVII. *Przyczynki do patologii różnorakich postaci zaćmy* (Beiträge zur Kenntniss der Pathologie verschiedener Staarformen). Onken.

1. *Przyczynek do patologicznej anatomii i patogenezy zaćmy warstwowej i jądrowej* (Zur pathologischen Anatomie und Pathogenese des Schicht- und Kernstaars).

Autor opisuje przypadek zaćmy warstwowej i jądrowej, która powstała u 18letniej chorej na jednem i tem samem oku. Przypadek ten jest bardzo zajmującym co do sposobu powstania zaćmy.

Chora podawała mianowicie, że przed 4ma laty została ude-

---

[1]) Autor, omawiając powyższy sposób powstawania torbieli ze znamion, pisze: »Es ist dies eine neue, bis jetzt noch nicht bekannte Art der Entstehung von Cysten der Conjunctiva bulbi etc.«

W zeszycie styczniowym r. 1901 »Postępu Okulistycznego« opisałem w pracy mej *„Bardzo rzadka postać przybłonkowego torbiela spojówki gałki ocznej“* ten sam sposób powstawania torbieli spojówki, przyczem pełne czopy przybłonka wciskały się w tkankę podprzybłonkową i tam się rozpadały. A dalej na str. 13 l. c. pisałem: »Co do t. zw. naevi cystici Wintersteinera, to jestem w tym względzie tego samego zdania, co Best, że takowe należy po większej części również tutaj zaliczyć. A mianowicie, podobnie jak w naszych czystych przypadkach torbieli, musimy ich powstanie i bujanie przybłonka przypisać drażnieniu, któremu ulega spojówka gałki ocznej i to najbardziej w części niepokrytej powiekami i wystawionej na wpływy atmosferyczne. Tak też należy szukać przyczyny powstania torbieli w przypadkach, w których do istniejącego znamienia dołącza się bujanie przybłonka także w drażnieniu, które powoduje już sama tkanka znamienia«.

Ponieważ praca ta będzie w języku niemieckim ogłoszoną dopiero w następnym zeszycie Archiv für Augenheilkunde, to pozwalam sobie na tem miejscu się zastrzedz, że opisany przez autora sposób powstania torbieli ze znamion nie jest nowym. Opisując bowiem już w lipcu r. z. na zjeździe lekarskim mój przypadek, podniosłem wyraźnie, że torbiele przybłonkowe mogą powstać nie tylko w czystych przypadkach na spojówce gałkowej, lecz także ze znamion, w skrzydlikach i na innych częściach spojówki. *Przyp. spraw.*

rzoną w lewe oko gałką ze śniegu i że od tego czasu wzrok jej się pogorszył.

Badanie wykazało zmętnienie jądra i tylnego bieguna soczewki, poza czem kora soczewki była przejrzystą. Chora liczyła palce w odległości 1 m., a ta sama bystrość wzroku pozostała niezmienioną i po wyjęciu soczewki (liczyła palce w odległości 1 m + 10 D),

Wyjęta soczewka została stwardnioną w formolu i alkoholu. poczem robił autor poziome skrawki porządkowe.

Badanie drobnowidowe.

Przednia płaszczyzna soczewki ku przodowi równomiernie lekko wydęta, podczas gdy tylna jej płaszczyzna w środku silnie odśrodkowo wypukła. W miejscu wypuklenia była ona mocno ściemniałą. Zmętnienie to, które sięgało aż ku środkowi jej miąższu, musimy uważać jako jądro soczewki, w którem znajdywały się większe i mniejsze jasne, okrągłe szczeliny. Około tego jądra była warstwa włókien, barwiących się hematoksyliną bardzo niedokładnie. Włókna tylnej krawędzi soczewki były rozpadłe i odgraniczone ku przodowi licznymi otworami, różnej wielkości, wypełnionymi ziarnistą masą. Poza tem kora soczewki prawidłową. W przedniej części jądra znajdywały się większe zabarwione grudki.

Porównywując przypadek swój z opisanym przez Hessa przypadkiem wrodzonej zaćmy warstwowej, uważa go autor za zaćmę jądrową i warstwową, powstałą w życiu śródmacicznem wskutek wstrzymanego rozwoju, pomimo, że mimowolnie nasuwa się na myśl możliwość jej pozamacicznego powstania przez uraz. Uraz ten mógł bowiem spowodować rozdarcie tylnej torebki, a tem samem i zmiany, zaszłe w jądrze i w tylnych włóknach soczewki. Za śródmacicznem powstaniem tej zaćmy przemawia także i ta okoliczność, że pomimo prawidłowego dna oka bystrość wzroku nie poprawiała się ani przez rozszerzenie źrenicy, ani też po wyjęciu soczewki.

2. *Przyczynek do patologicznej anatomii zaćmy torebkowej u żaby* (Zur pathologischen Anatomie des Kapselstaars beim Frosch).

Autor badał oko żaby, w którem znalazł całkowitą zaćmę torebkową. Przypadek ten budzi zajęcie z tego względu, że zaćma torebkowa jest zawsze częściową, a takiego całkowitego zmętnienia soczewki nie opisywano dotychczas.

W zmętniałej torebce, która w przedniej swej części była 2 razy tak grubą jak w tylnej, znajdywały się jaśniejsze i ciemniejsze miejsca, wypełnione mniejszą lub większą ilością komórek o przyrodzie przybłonkowej i o wielkiem jądrze. Jądra te były wszystkie zmienione. I tak miejscami rozpadły się one tak, że z jądra pozostały tylko ziarna, miejscami zaś zmieniły się one w szkliste złogi.

Tuż pod torebką znajdywał się jednowarstwowy przybłonek, który całą soczewkę okalał. Środkowe części soczewki były prawidłowe.

3. *Przyczynek do patologicznej anatomii przejrzałej zaćmy u ptaka* (Zur pathologischen Anatomie der hypermaturen Katarakt beim Vogel).

Badanie tego przypadku wykazało obraz zaćmy Morgagniego. Włókna soczewki były w całości rozpadłe, przybłonek zupełnie zwyrodniały, a cała soczewka silnie spłaszczoną.

Sama istota soczewki była wypełnioną licznymi ziarnistymi i uwarstwionymi złogami, które tworzyły postać siatki. Pomiędzy tymi złogami znajdywały się wolne miejsca. Jądra soczewki nie było widać. Torebka była bardzo cienką, a przybłonek był nieprawidłowy, miejscami zaś brakowało go zupełnie. Jądra komórek przybłonka barwiły się niedokładnie. *Dr Bałłaban.*

Przyczynek do anatomii mięśnia rzęskowego u noworodka (Zur Anatomie des Ciliarmuskels des Neugeboren). Dr Lange z Brunszwiku (»Klin. Monatsblatt f. Augenheilkunde«. Styczeń 1901).

Autor badał mięsień rzęskowy w 36 oczach noworodków z następującym wynikiem: we większości przypadków były obie jego części, t. j. okrężna i podłużna, jednakowo dobrze rozwinięte, w 8 oczach była część okrężna słabo rozwiniętą, a w 6 znowu nadzwyczaj silnie; przypadków zaś, gdzieby mięsień składał się wyłącznie z włókien podłużnych, jak to donosi Iwanow, nie widział autor wcale, — a więc istnieją już u noworodków indywidualne różnice w budowie mięśnia. Przeto nie zgadza się Lange z zapatrywaniem Iwanowa, jakoby takie same różnice u dorosłych były następstwem odmiennej refrakcyi oka, t. j. iż słaby rozwój części okrężnej w oku krótkowidzącem polega na zaniku jej wskutek nieczynności, podczas, gdy silny jej rozwój w oku dalekowidzącem jest następstwem przerostu wskutek zwiększonej pracy. Twierdzi on naodwrót, iż u dorosłego dalekowidza oko dlatego pozostało dalekowidzącem, że część okrężna jego mięśnia rzęskowego była od samego początku mocno wykształconą, a więc nie przyszło przy akomodacyi do rozciągania naczyniówki, względnie tylnej połowy gałki ocznej. Krótkowidzące zaś oko dorosłe dlatego się niem stało, gdyż już w czasie, kiedy oko było jeszcze dalekowidzącem, składało się ono prawie wyłącznie z podłużnych włókien, które, kurcząc się, wydłużały tylne części gałki przez jej rozciągnięcie.

Przy tem wszystkiem przyznaje autor, iż istnieją jeszcze inne anatomiczne czynniki, sprzyjające powstawaniu krótkowzroczności, jak n. p. wrodzona różnica w grubości twardówki i t. p.

Dr Gruszkiewicz.

Meningocele oczodołu. (Méningocele de l'orbite). Lagleyze. (»Arch. d'Ophtalmologie«. Decembre. 1900).

Najrzadsze miejsce tego guza jest oczodół; podług wykazu L., zaledwie 14 przypadków na 100.000 chorych. Rozpoznanie jest bardzo trudne i nie zawsze nakłucie wyświetla budowę guza. Brano meningocele i za tętniak, i za sarcoma, angioma i tym podobne, a omyłka w rozpoznaniu może być bardzo fatalna w następstwach, wikłających operacyę. L. opisuje przypadek przez siebie operowany. Młoda (22letnia) Hiszpanka zgłosiła się do niego z guzem oczodołu bardzo znacznym; już raz była operowaną, ale musiano operacyę dla silnego krwotoku przerwać; guz ten miał istnieć od urodzenia. Powieka bardzo silnie rozdęta, oko całe prawie na zewnątrz oczodołu. Bystrość = $^{1}/_{4}$ prawidłowej. Guz sam wielkości pół pomarańczy, miękki, ale sprężysty, pod uciskiem palca chowa się w oczodół, ale niezupełnie, tak iż, jeśli gałkę udało się wepchnąć częściowo do oczodołu, przechodził on w powiekę górną, którą silnie napinał; chełbotania wykazać nie było można. Przed samą operacyą wydobyto z guza Prawazem płyn jasny, jednakże pobieżny rozbiór chemiczny wyników pozytywnych, ustalających rozpoznanie, nie dał. Po nacięciu skóry powieki nacięto ową cystę, przyczem dużo płynu z niej się wylało. Palce badający mógł wsunąć aż do dna oczodołu, a wszędzie napotykał gładkie ściany cysty, tylko od góry był otwór, przez który wyczuć było można mózg. Po wyjęciu palca powstał krwotok tak silny, iż operacyę dalszą udaremnił. Po zagojeniu się rany, w 2 miesiące później, przystąpiono powtórnie do operacyi, ale nauczony doświadczeniem L. nie tykał samego guza, lecz starał się o jak największy skutek kosmetyczny — wyjął oko — wydobył przez ranę w powiece górnej taką ilość oczodołowego tłuszczu, jaką się dało, by dla cysty zrobić tamże jak najwięcej miejsca. Po zaszyciu, rana w 15 dni była już zupełnie zagojona. Guz wprawdzie został, ale ponieważ szpetny widok, jaki tworzyła gałka, na zewnątrz szpary powiekowej stercząca, został doprowadzony do tego stanu, w jakim się znajduje oczodół po wyjęciu gałki, chora bardzo zadowolona opuściła zakład. *Dr Brudzewski.*

Obrzęk powiek artrytyczny (Oedème arthritique des paupières). Trousseau (»Arch. d'Ophtalmologie«. Luty. 1901).

Opisywano już nieraz ostre obrzęki powiek, jako »oedema essentiale«, których etyologia nie była znaną, a które uważano jako następstwo zmian naczynio-ruchowych. T. uważa większą część tych obrzęków jako następstwo artrytyzmu. Zjawiają się one często bez zwiastunów, bez gorączki, są bezbolesne, trwają kilka do kilkudzie-

sięciu godzin i tak samo nagle znikają, by po dłuższym lub krótszym czasie znowu powrócić.

R. 1900 Galliard [1]) opisał 2 przypadki takiego ostrego obrzęku powiek: u dziewczynki 4letniej i w drugim u 3letniej; w pierwszym razie było kilka nawrotów, trwających 24 godzin, przyczem nie było żadnego innego objawu chorobowego w żadnym z narządów. W drugim przypadku po silnym katarze wystąpiło surowicze obrzmienie stawu kolanowego, w pięć dni później erythema kończyn dolnych i 39·7^0 gorączki, a w dwa dni później jednostronne silne obrzmienie powieki, które w dwa dni zupełnie ustąpiło.

Do tego samego rzędu wlicza Trousseau kilka swych przypadków (młodego 14 lat, dalej 2 starszych mężczyzn 42 i 55 lat). W pierwszym przypadku wywiady wykazują przebyte zapalenie stawów. Obrzęk powieki wystąpił nagle na górnej powiece, bez bólów i w 24 godzin ustąpił; a w trzy dni później chory ten dostał napadu zapalenia stawów. Przez przeciąg lat trzech obrzęk powiek wystąpił 5, a ostre zapalenie stawów 3 razy.

W przypadku drugim obrzęk wystąpił równie nagle na obu górnych powiekach, i to w tym stopniu, że oczu chory otworzyć nie mógł; w 24 godzin ustępuje ten obrzęk, by w trzy tygodnie później znowu wystąpić i po 4dniowem trwaniu zniknąć. W trzecim przypadku chory opisany przebył 20 podobnych napadów obrzęku i to tak powiek jak i spojówki gałkowej *(chemosis)* obok towarzyszących temu objawowi obrzęków innych części ciała *(scrotum)*. Prócz tych wspomina Tr. jeszcze o 3 dziewczynach młodych, także dotkniętych reumatyzmem, u których także objaw ten wystąpił, choć nie tak typowo, jak w opisanych powyżej przypadkach.

Dr Brudzewski.

Abscessus palp. sup. sin. et regionis zygom. sin z prątkami Loefflera (Po czesku.). Dr Hála (»Časopis lékařu českých«. 1900, str. 775).

U 5letniej dziewczynki, która przeszła już była zapalenie płuc i opłucnej, płonicę i lymphadenitis suppurativa colli, stwierdzono w marcu 1900 r. w klinice prof. Deyla poniżej skroniowego kącika lewego oka, w okolicy kości jarzmowej, obrzmienie wielkości orzecha, pokryte prawidłową skórą i chełbocące. W tydzień później nabrzmienie lewej górnej powieki, chemosis spoj. gałki i obrzęk gruczołów podszczękowych. Ropień przecięto, wypłynęła ciecz czekoladowa z częściami nekrotycznemi i nieco białawej ropy. Preparaty świeże barwione fuksyną, jakoteż hodowle zaszczepione na agarze wykazały typowe prątki dyfteryczne, które też wywołały u mor-

[1]) Por. Postęp Okul. 1901, str. 75.

skich świnek prawdziwą błonicę. Zwierzęta te padały jednak dopiero po stosunkowo dużej dawce 2 cm^2; jadowitość prątków była zatem znacznie osłabioną. Spostrzeżenie jednak wyżej opisane wykazuje, że typowa błonica może sprowadzić ropienie (gdy zwyczajnie wywołuje nekrozę tkanek). Punktem wyjścia sprawy ropnej był tutaj ropień okostnowy pod drugim dolnym zębem trzonowym z lewej strony, gdzie też znaleziono prątki Loefflerowskie. —

Dr Chalupecky.

Uwagi o zołzach i gruźlicy wraz z przyczynkiem do gruźlicy spojówki (Bemerkungen zur Scrophulose und Tuberculose, nebst einem Beitrag zur Tuberculose der Conjunctiva). W. Uhthoff z Wrocławia. (»Berl. kl. Woch«. 1900. Nr 50).

Autor zwraca uwagę, że zapalenie pryszczykowe nie zawsze należy uważać za charakterystyczny objaw zołzów, a doświadczeniem mógł stwierdzić, że jakkolwiek znaczny procent chorych okazuje tło zołzowe lub gruźlicze, szczególnie w wieku dziecięcym, to przecie jest pewien procent przypadków, gdzie ani z wywiadów, ani przedmiotowo tła tego wykazać nie było można.

Pomimo badań bakteryologicznych nie znamy dotychczas sprawcy zapalenia; dowiedziono tylko, że pryszczyk *(phlyctaena)* nie ma nic wspólnego z gruzełkiem.

Dalej z badań wynika, że spojówka wogóle jest dosyć odporna na zakażenie, a jad często dopiero dostawszy się przez przewód łzowy, do jamy nosa, tu znajduje odpowiednie podłoże. Badając wybitnie zołzowatych chorych na oddziaływanie tuberkuliny, przekonał się autor, że u mniej więcej 80% wystąpił odczyn.

W końcu przytacza autor przypadek, dotyczący dziewczynki z gruźlicą błony śluzowej nosa, podniebienia miękkiego i nagłośni. W przypadku tym wytworzył się na spojówce gałkowej w wewnętrznodolnym wycinku guzek, który, jak badanie wykazało, był pochodzenia gruźliczego. Spojówka zaś powiekowa przedstawiała obraz silnie rozwiniętych granulacyi, badanie jednak wyciętego skrawka wykazało tylko zgrubienie i przerost przybłonka bez zmian gruźliczych lub jaglicowych. *Dr Łuniewski.*

Anatomiczne badanie świeżego przypadku pełzającego zapalenia rogówki z hypopyum na oku dotąd zdrowem. (Anatomische Untersuchung eines frischen Falles von serpiginöser Hypopyonkeratitis an einem bis dahin gesunden Auge). Dr Petit z Rouen. (»Klin. Mntsbl. f. Augenheilkunde«. — Styczeń. 1901).

Do ostatnich lat sądzono na podstawie doświadczalnych prac i spostrzeżeń klinicznych, iż przy ropnem zapaleniu rogówki błona Descemeta bywa przebitą dopiero po zupełnem przeżarciu

miąższu rogówki. Fuchs w ostatnich wydaniach swego podręcznika twierdzi, iż błona Descemeta bywa już wcześniej przebitą i to od strony komory, zanim jeszcze miąższ został zniszczonym. Ta różnica zapatrywań polega na rzadkości badań anatomicznych u ludzi, gdyż sam obraz kliniczny nie wystarcza. A jeszcze rzadszymi są przypadki, gdzie oko przed zjawieniem się ropnego zapalenia rogówki było zupełnie zdrowe. Taki właśnie badał autor drobnowidowo: był to wrzód, który zniszczył $^1/_3$ grubości rogówki; komórki rogówki były w obrębie wrzodu mniej lub więcej obumarłe, a obumarcie to dochodziło do głębokich warst rogówki, a nawet do błony Descemeta, która była zupełnie prawidłową; przybłonek tylnej ściany był na wielkiej przestrzeni zmieniony i odłuszczony; w komorze przedniej znajdowało się hypopyon, a cały pozostały przedni odcinek gałki był mocno zapalony. — Następnie omawia Petit dotąd opisane przypadki wrzodu pełzającego ze względu na wczesne przebicie błony Descemeta. I tak w 10 przypadkach, z tych w 2 z jaskrą *(gl. absolutum)*, była błona Descemet'a niezmienioną, a w 11 innych uległa ona już wcześnie przebiciu, lecz z tych ostatnich 10 cierpiało przed zjawieniem się wrzodu na jaskrę. Porównywując te przypadki, dochodzi on do wniosku, iż wczesne przebicie błony Descemeta nie zależy ani od rozległości i głębokości wrzodu, ani od obumarcia miąższu rogówki na dnie wrzodu. Dalej wiele przypadków wczesnego przebicia nie wytrzymuje krytyki, gdyż mogą to być albo rzekome przebicia albo sztuczne. O ile wczesne przebicie błony Descemeta sprzyja przebiciu całej rogówki lub też je wyprzedza, trudno jeszcze powiedzieć. Wreszcie podnieść należy tę okoliczność, iż w przypadkach wczesnego przebicia istniały nieprawidłowe stosunki, mianowicie jaskra *(gl. absol.)*, lecz z drugiej strony nie można twierdzić, jakoby wczesne przebicie zjawiało się tylko w oczach dotkniętych jaskrą. *Dr Gruszkiewicz.*

Przyczynek do leczenia torbieli tęczówkowych (Ophthalmologisch-klinische Mittheilungen. Zur Therapie der Iriscysten). Prof. Elschnig z Wiednia. (»Wiener Med. Wochenschrift«. 1901. Nr 3).

Przypadek, który autor opisuje, odnosi się do trzyletniej dziewczynki, okazującej na prawem oku i w dolno-zewnętrznej części rogówki bliznę po wrzodzie skrofulicznym z wrośnięciem tęczówki. W przedniej komorze widać było z poza rogówkowej blizny wychylający się pęcherz o cienkiej półprzezroczystej ścianie, przez którą przeświecała prawidłowa na pozór tęczówka. Napięcie oka było wzmożone. Gdy matka dziecka nie chciała się zgodzić na zalecaną operacyę, postanowił Elschnig zwalczać przynajmniej jaskrę następową przez zapuszczanie ezeryny, którą zapisał chorej do

domu w 1% rozczynie. Po trzech dniach objawy jaskry ustąpiły, a co więcej, ku zdziwieniu autora, torbiel zmalał prawie do połowy. Pod wpływem dalszego zapuszczania ezeryny znikł on w przeciągu dwóch tygodni zupełnie, pomimo, że w tym czasie nie przyszło bynajmniej do pęknięcia jego ściany. Potem stracił autor to dziecko na dłuższy czas z oczu, gdy mu się jednak, w trzy lata później, udało odszukać je znowu, znalazł na prawem oku ponownie wytworzoną cystę w przedniej komorze, tym razem jednak większych już rozmiarów niż poprzednio; objawy jaskry następowej bardzo wybitne, a nawet poniżej rogówki trzy wydęcia twardówkowe *(sclerectasiae)*. I tym razem, wobec oporu matki, która sprzeciwiała się stanowczo wszelkiej operacyi, trzeba się było ograniczyć do zapuszczania ezeryny, co znowu sprowadziło znaczne zmniejszenie się rozmiarów pęcherza. Po niejakim czasie jednak nierozsądna kobieta przestała z dzieckiem przychodzić do kliniki i nie pokazała się już więcej. Korzystny wpływ ezeryny na rozmiary torbiela tęczówkowego przypisuje autor zmianie stosunku osmotycznego treści torbiela do cieczy przedniej komory i radzi w każdym takim przypadku spróbować działania ezeryny, zanim się przystąpi do zabiegu operacyjnego, choćby tylko w tym celu, żeby zabieg ten ułatwić sobie przez zmniejszenie rozmiarów pęcherza. *Dr K. W. Majewski.*

Wrodzone okresowe zajęcie nerwu okoruchowego. Jednostronny skurcz akomodacyi. (Angeborene cyclische Oculomotoriuserkrankung. Einseitiger Accomodationskrampf). A x e n f e l d i S c h ü r e n b e r g z Rostocku. (»Klin. Monatsblatt f. Augenheilk.« Styczeń. 1901).

U dziewczynki $6^1/_2$letniej istnieje od urodzenia zupełne porażenie nerwu okoruchowego na oku lewem, a więc opadnięcie powieki, zupełna nieruchomość gałki, szeroka, nieoddziałująca źrenica, brak akomodacyi. Oko prawe było zupełnie prawidłowe. Stan ten jednakowoż zmieniał się przeciętnie co 1—3 minuty i to na przeciąg kilku sekund: powieka się podnosi, rozbieżność zmniejsza się nieco, źrenica silnie zwęża i następuje tak silny skurcz akomodacyi, iż skiaskop wykazuje silną myopię, podczas, gdy oko jest miarowe. Występuje też wtedy rzekomy objaw G r a e f e g o, to jest, gdy oko zdrowe patrzy w dół, lewe patrzy prosto, a powieka jego zostaje w skurczu. Gdy dziecko znużone, to podnoszenie powieki występuje rzadziej, a miało nawet według podania matki ustać zupełnie na kilka dni po jakiemś przeziębieniu z gorączką. Zresztą jest dziecko zupełnie zdrowe. Od $1^1/_2$ roku pozostaje w spostrzeganiu i stan się wcale nie zmienił. Mamy tu więc do czynienia z p o-

wtarzającymi się tetanicznymi skurczami mięśnia unoszącego powiekę, zwieracza i akomodacyi.

W literaturze są opisane tylko 3 podobne przypadki: 1 Fuchsa i 2 Rampoldiego; lecz co do jednostronnego skurczu akomodacyi, to jest to przypadek pierwszy. Z tych tedy 4 przypadków 2 są napewne wrodzone, a w 2 drugich wystąpiło zaburzenie przynajmniej od najpierwszej młodości. Dotychczas nie spostrzegano przypadku, ażeby porażenie nerwu okoruchowego, nabyte w późniejszym wieku, było przerywane rytmicznymi skurczami. Czy to zaburzenie trwa i w starszym wieku, niewiedzieć, lecz jest prawdopodobnem. — Autorowie uważają tę słabość za osobny obraz chorobowy. Z powodu zupełnego porażenia wszystkich gałązek z jednej strony i jednostronnego skurczu akomodacyi z drugiej strony przenoszą oni miejsce uszkodzenia nerwu, a tem samem czynnik wywołujący skurcz, na obwód w drogi motoryczne; Fuchs zaś uważa jądra za takie miejsce, na co zgodziliby się autorowie, gdyby nie trudność wytłómaczenia wtedy tego jednostronnego skurczu akomodacyi w ich przypadku. Za przyczynę zaś uszkodzenia uważają, wraz z Fuchsem, zachowanie się, względnie unerwienie naczyń w danem miejscu, a odrzucają stanowczo hypotezę Rampoldiego o czasowem podrażnieniu nerwu współczulnego. Przeprowadzone porównanie z podobnemi okresowo występującemi chorobami nerwowemi ustroju nie upoważnia do żadnych wniosków.

Dr Gruszkiewicz.

Zapalenie nerwu wzrokowego po użyciu tyroidyny. (Névrite optique par absorbtion de thyroidine). Henri Coppez.— (»Arch. d'Ophtalmol.« Décembre 1900).

Między środkami, które wylicza Uhthoff na ostatnim zjeździe paryskim, nie ma wzmianki o tyroidynie; a wyliczając nieskończoną prawie ilość środków, mogących wywołać toksyczne zapalenie nerwu, dorzuca Uhthoff, że autointoksykacye przez niedostateczne wydzielenie się różnych wydzielin, jak wydzielin nadnercza, wątroby, gruczołu tarczykowego i t. d., nie są wstanie wywołać zmian w nerwie wzrokowym. Doświadczenia Balleta i Enriqueza pouczają, że wyciąg tarczykowy, podany podskórnie psu, wywołać może gorączkę, rozwolnienie, tachykardyą i wreszcie śmierć. Zatem tyroidyna jest trucizną ogólną, a tylko co do oczu dotychczas zmian żadnych nie spostrzegano, jeśli podawano zbyt silne dawki. Przeciwnie po małych dawkach wystąpić mogą zmiany w oczach. bez towarzystwa zmian ogólnych. Zapalenia nerwu wzrokowego toksyczne mogą występować w dwóch typach: albo 1. jako neuritis retrobulbaris (scotom środkowy, a pole widzenia na obwodzie bez

zmian, lekkie zblednięcie skroniowej połowy tarczy n. wzrokowego), albo 2. zwężenie naczyń, zwężenie obwodowe pola widzenia i t. d.

Neuritis po otruciu tyroidyną należy do pierwszego typu; zatem neuritis retrobulbaris partial. cum scotomate centrali ma podobieństwo znaczne do neuritis po otruciu nikotyną i alkoholem.

C. spostrzegał 5 podobnych przypadków — a amblyopia występywała zawsze dopiero w kilka miesięcy po zaczęciu używania wyciągu gruczołu tarczykowego. Bystrość wzroku spada do $^1/_{10}$ i niżej. Oba oczy są zajęte, choć w różnym stopniu. Rokowanie dobre. Leczenie: wstrzymanie używania wyciągu, strychnina i (może) pijawki na skroń.

Przytoczona historya choroby jest zupełnie podobna do historyi chorób wskutek otrucia nikotyną i wyskokiem.

(Nie jest ona przekonywującą, bo chory zarazem używał tytoniu oraz pił dużo wina i likierów, — objawy chorobowe mogły zatem częściowo polegać i na zatruciu wyskokowotytoniowem. — *Przyp. ref.*). — *Dr Brudzewski.*

Rzadki przypadek neuritis retrobulbaris. Uwagi dyagnostyczne (Po czesku.). Prof. I. Deyl. (»Časopis lékařu českých«. 1901, p. 5).

Autor opisuje następujące ciekawe przypadki:

1) U 20letniej dziewczyny choroba rozpoczęła się powstaniem prawostronnego środkowego skotomatu i lekkiem współśrodkowem zwężeniem lewego pola widzenia. Mierne osłabienie kończyn dolnych; wzmożenie odruchu kolanowego. Później znaleziono na skórze goleni miejsca z przeczulicą i ze znieczuleniem; objaw Romberga, *scotoma centrale* także u lewego oka; niedowład kończyn górnych i dolnych, bezład ruchowy *(ataxia)*, utrudnienia w połykaniu, *incontinentia urinae.* Wszystkie te objawy zdawały się wskazywać na sclerosis cerebrospinalis, gdy nagle wystąpiło zaburzenie psychiczne, znamionujące *polyneuritis* typu Korsakowa: zupełne zapominanie zdarzeń ostatnich i wypełnianie tej luki pamięciowej przez wydarzenia urojone. Wtedy prof. Pick, który kierował ogólnem leczeniem chorej, postawił właściwe rozpoznanie: *Polyneuritis Korsakow* i istotnie po upływie 7 miesięcy nastąpiła znaczna poprawa tak co do wzroku, jak też co do władzy w kończynach dolnych.

2) Drugi przypadek jest podobny do pierwszego i odnosi się również do 20letniej dziewczyny: Osłabienie dolnych kończyn, uczucie mrowienia, utrudnienie w oddawaniu moczu, obustronne duże *scotoma centr.* Zupełne wyleczenie po kilku miesiącach.

3) Trzeci przypadek jest najciekawszy: Mężczyzna lat 55; $V = {}^5/_{50}$; czytanie niemożliwe; podaje, że lepiej widzi wieczorem

niż we dnie. Dno oka prawidłowe, z wyjątkiem nieznacznego zamglenia okolicy tarczy. *Scotoma centrale* owalne dla barwy czerwonej i zielonej; w środku tego ubytku znikał choremu także mały znaczek biały. Prócz tego ścieśnienie pola od skroni dla barwy czerwonej i zielonej. Rozpoznanie brzmiało: *Neuritis retrobulbaris*. Nadużywanie tytoniu i alkoholu wykluczone. Z wywiadów podnieść należy częste krwawienie z odbytnicy. Chirurg rozpoznawał carcinoma recti. Prof. Deyl przypuszczał raczej — ze względu na zmiany oczne — kiłę i przepisał kali jodatum. Stan ogólny poprawił się w krótkim czasie znacznie, krwawienia ustały, bystrość wzroku podniosła się na $^5/_{15}$, czytanie z + 3 D stało się możliwe. Pozostał tylko mały ubytek w środku pola widzenia. Tarcze n. wzrokowego od skroni białawe. Stan ten pozostał przez przeciąg dwóch lat niezmieniony. Spostrzeżenie to wykazuje dobitnie, jak wielką wagę mieć może wczesne rozpoznanie *neuritis retrobulbaris*. *Dr Chalupecky.*

Zanik nerwu wzrokowego w następstwie urazu (Atrophie optique traumatique). Dr A. Péchin. (»Revue Générale d'Ophthalmologie«. 1901, Nr. 2.

Autor podaje opis dwunastu spostrzeżeń, z których jedno własne, a inne ogłoszone już dawniej przez różnych autorów, jak: Debierre, Just, Lawson, Górecki, Girard i Simeon Snell, które to spostrzeżenia wykazują związek, jaki zachodzi pomiędzy urazem uszkadzającym nerw wzrokowy a zanikiem tegoż, z wyłączeniem jednak przypadków, gdzie uszkodzenie to jest pośrednie, n. p. wywołane pęknięciem podstawy czaszki w okolicy *foramen opticum*. Ze spostrzeżeń tych wysnuwa autor następujące wnioski: Uraz, zadany ciałem kończystem w okolicy wewnętrznego lub zewnętrznego kącika, może, nie wywołując nawet żadnych zewnętrznych oznak obrażenia, sprowadzić natychmiastową, zupełną ślepotę, mimo prawidłowego z początku wejrzenia dna oka, a w szczególności tarczy nerwu wzrokowego. Dopiero po kilku dniach lub kilku tygodniach występuje naprzód zblednięcie, a potem zupełny zanik tarczy. Należy przeto być bardzo ostrożnym w rokowaniu i w przypadkach takiej urazowej ślepoty nie tłómaczyć jej powstania nerwicą urazową mimo braku zmian wziernikowych. *Dr K. W. Majewski.*

Związek między zatruciem jodowem a obecnością rodanku potasu w ślinie, we łzach i w śluzie nosowym (Ueber das Auftreten der acuten Jodintoxication nach Jodkaligebrauch in ihrer Abhängigkeit von dem Rhodangehalt des Speichels, des Nasen- und des Conjunctivalsecretes). Dr Muck z Rostocku. (»Münchener Med. Woch.« 1900, Nr 50).

Przy sposobności badań nad zaburzeniami w wydzielaniu śliny

w przypadkach spraw ropnych ucha środkowego zauważył autor, że oddziaływanie ustroju na podawany wewnętrznie jodek potasu pozostaje w związku z obecnością rodanku potasu w ślinie. Wiadomo, że ciało to stanowi stałą niemal przymieszkę prawidłowej wydzieliny gruczołów ślinowych, a także łez i wydzieliny śluzowej nosa, ilość jednak jego nie u wszystkich ludzi bywa jednaką, a zdarzają się przypadki, że nie można wykryć w ślinie rodanku potasu ani zapomocą odczynu z chlorkiem żelaza, ani nawet zapomocą bardzo czułej próby z kwasem jodowym. Dr Muck przekonał się na podstawie licznych spostrzeżeń, z których kilka w pracy swej przytacza, że właśnie te osoby, u których w ślinie obecności rodanku nie można wykazać, znoszą bardzo dobrze znaczniejszą nawet dawkę jodu, podawanego im w celach leczniczych. Przeciwnie ludzie, których ślina zawiera większą ilość rodanku, dostają już po małych dawkach jodu wybitnych objawów zatrucia jodowego, znamionującego się szczególnie zajęciem błony śluzowej ust, nosa, gardła, krtani i spojówek. Związek ten tłómaczy autor znaną zdolnością rodanku wydzielania jodu z jodku potasu, co może właśnie wywoływać te objawy podrażnienia. *Dr K. W. Majewski.*

Uwaga o rozczynach oliwnych dwujodku rtęci (Note sur les solutions huileuses de bijodure de mercure). Leroux. (»Arch. d'Ophtalmologie«. Luty. 1901).

Używany rozczyn oliwny jodku rtęci w klinice ocznej prof. Panasa zawiera 4 gramy jodku rtęci w 1000 części oliwy (uwolnionej od kwasów tłuszczowych). Można stworzyć sobie silniejszy rozczyn, ale nie z ol. olivarum, lecz z oliwy białej *(huile blanche)*, w której rozpuścić można (w 1000 gr.) 10 gr. jodku rtęci, lub z oleju rycynowego, 20 gr. jodku (na 1000 gr. oleju). Pierwszy z tych rozczynów, to jest z oliwy białej, osadza jednak po kilku dniach kryształki, czego się unika, dając rozczynowi nasycenie 8:1000.

Olej rycynowy już w zwykłej ciepłocie rozpuści 10 gr. (na 1000) jodku rtęci, ale wolno, w 60⁰ nader szybko się to dzieje. Ale rycynus jest zbyt gęsty, aby się nadawał do użytku wygodnego. Co do ol. arachidis i ol. vaselini, to te dwa płyny autor uważa za znacznie gorsze, niż zwykle ol. olivarum. Mimo to, że ol. olivarum rozpuszcza mniej jodku rtęci, niż inne oliwy, lepsze jest, niż te drugie, bo dobrze zrobione nie wydziela soli z rozpuszczenia, jest bardzo płynne, a w razie potrzeby wzmacnianie dawki rtęci może być i 2 razy dnia.

Jednak tak częste stosowanie wywołuje już objawy rtęcicy. Dawka najlepsza jest 4 miligr. *pro dosi.*

(W Krakowie apteka Hellera wyrabia rozczyn powyższy z ol. oliv. bardzo dobrze; próbka, przed rokiem zrobiona i odstawiona na bok, do dziś dnia trzyma się dobrze i soli nie wydzieliła. Cena jest wiele niższa, niż wytworu francuskiego, robionego z pomocą ol. arachidis, a dobroć taka sama. *Przyp. ref.*). —

Dr Brudzewski.

Zaburzenia oczne przy histeryi (Po czesku.). Dr Simek. »Časopis lékaru českých«. 1900, str. 565).

Autor opisuje następujący przypadek: 20letnia dziewczyna cierpi od 4 roku życia na bóle głowy i źle widzi; od pewnego czasu nosi okulary wklęsłe — 3 D, jednak bez szczególnej poprawy wzroku. Przed 14 dniami zmarł jej ojciec na marskość wątroby (matka i rodzeństwo zdrowe); od tego czasu bóle głowy stały się u chorej Dra S. nie do zniesienia. Prócz tego ponawiają się napady, rozpoczynające się zamroczeniem wzroku, poczem następują wśród utraty świadomości skurcze wszystkich mięśni. Bezwiednego oddawania moczu nie zauważono. Chociaż napady te bardzo przypominają padaczkę, to jednak rozpoznano hysteryę, a to z następujących powodów: Przedmiotowe badanie oczu daje wynik ujemny z wyjątkiem skurczu akomodacyi, z powodu którego chora próbowała noszenia szkieł wklęsłych. Spojówka okazuje znieczulenie, a pole widzenia jest ścieśnione (do 20°) dla barwy białej i innych i przedstawia wybitne znamiona łatwego nużenia się wzroku (szybkie i coraz to znaczniejsze zwężanie się pola przy powtórnych badaniach). Nakoniec mierny światłowstręt. Patrzenie na białe płaszczyzny sprawia ból głowy. *Dr Chalupecky.*

Stosunek wyrośli adenoidalnych do zaburzeń ocznych (Rapporto delle vegetazioni adenoidi colle affezioni oculari). Arlsan. (Atti del quarto Congresso della Societa italiana di laringologia, d'otologia e di rinologia — 1900).

Według autora tak zwane wyrośla adenoidalne w jamie nosogardzielowej o wiele częściej wywołują zaburzenia oczne, niż zmiany chorobowe w samych jamach nosowych.

Pogląd powyższy opiera A. na fakcie, że w ciągu paru miesięcy miał możność spostrzegać 16 przypadków wyrośli adenoidalnych, w których istniały różnorodne zaburzenia oczne.

Z tych przypadków w 10 zaburzenia te były obustronne, w pozostałych zaś 6 jednostronne.

Prawie wszystkie powstały w następstwie influenzy.

Co się tyczy natury tych zaburzeń, to w 11 była: keratoconjunctivitis, w 1 dacryocystitis, wreszcie w 1 przypadku było

prawdziwe trachoma [1]). We wszystkich przypadkach cierpienie trwało od dłuższego czasu (od 2 lat do 1 miesiąca. W wielu leczenie okazało się bezskutecznem.

We wszystkich przypadkach autor dokonał wycięcia wyrośli adenoidalnych, przyczem bez zastosowania jakichkolwiek środków zaburzenia oczne ustąpiły w 12 przypadkach i to w sposób zadziwiający, gdyż w 6 przypadkach już po 5 dniach, w 3 po 10, wreszcie w 3 po 20 dniach. Co się tyczy pozostałych 4 przypadków. to i z tych w 3 nastąpiła znaczna poprawa, natomiast w 1 przypadku (trachoma) nie było żadnego wyniku.

W przypadkach z poprawą w 2 cierpienie oczne miało postać rozlaną i znamiona skrofuliczne, w 1 zaś (kerato-conjunctivitis c. ulceratione corneali) sprawa trwała bardzo dawno (parę lat).

Odnośnie do zaburzeń ocznych, już w parę godzin po operacyi narośli ustępował światłowstręt (photophobia), oraz zmniejszała się wydzielina ze spojówki.

W owrzodzeniach rogówki poprawa następowała nieco później (po kilku dniach).

Autor jest zdania, że większość przynajmniej zaburzeń ocznych pochodzenia rzekomo nosowego ma swoje źródło w cierpieniach jamy nosogardzielowej (wyrośla adenoidalne), będących wyrazem skażenia zołzowatego i przy których zmiany nosowe (eczema, przerosty małżowin), jako wtórne objawy, są niesłychanie częstem zjawiskiem. Dopiero po usunięciu wyrośli adenoidalnych ustępują zmiany następcze w jamach nosowych, oraz zaburzenia oczne. —

Dr Jan Sędziak.

III. NOWE KSIĄŻKI.

Podręcznik histologii ciała ludzkiego zbiorowo napisany przez 15 lekarzy. Redakcyą kierował H. Hoyer sen., wydawnictwem L. Dydyński. *Zmysł wzroku* opracował Dr W. Kamocki (Warszawa 1901, str. 561).

Ocenę tego pomnikowego dzieła, ozdobionego 300 rysunkami w tekscie (głównie wykonanymi przez Dra J. Barącza) i starannie wydanego z zapomogi Kasy Pomocy imienia Dra J. Mianowskiego, pozostawiam zawodowym kolegom, ograniczę się tylko do omówienia opisu zmysłu wzrokowego.

Histologia organu wzrokowego posiada literaturę bardzo obfitą. Już w r. 1880 w zbiorowem dziele Graefe-Saemischa ten

[1]) Chyba nie w następstwie zmian nosowych. *W.*

dział powierzono opracować czterem takim koryfeuszom, jak: Waldeyer, Iwanoff, Arnold i Schwalbe. Korzystali oni przeszło z 600 zacytowanych dzieł i rozpraw. Od tego czasu literatura przedmiotu niezaprzeczenie podwoiła się i przybyły cenne prace, przeważnie w dziedzinie badań spojówki, rogówki, siatkówki i dróg limfatycznych narządu wzrokowego. — Do opracowania histologii oka w nowem wydawnictwie dzieła Graefe-Saemischa zaproszono aż pięciu specyalistów: Hansa Virchova, Sattlera, O. Schultzego, Greeffa i Eversbuscha. Zadanie to więc — jak widzimy — dla jednego niełatwe!

Streścić to wszystko, wybrać to co z dziedziny przypuszczeń i hypotez uznano dziś za pewnik naukowy, przedstawić czytelnikowi jeszcze i w skróceniu cały przedmiot podjął się kol. Walenty Kamocki, znany sumienny badacz na polu histologii oka. Dokonał on swej pracy dość szczęśliwie, wyłożył przedmiot na 50 stronicach (od 440 do 490), objaśniając go 19 rysunkami. Najobszerniej wyłożony traktat o rogówce (str. 8) i siatkówce (str. 16) z uwzględnieniem prac Hoyera ojca, Borysiekiewicza i Dogiela syna; najkróciej podana rzecz o ciałku szklistem i nerwie wzrokowym. Zresztą o tym ostatnim znajdujemy i w histologii przedniej części mózgowia, opracowanej przez R. Radziwiłowicza (tamże na str. 408—409).

Dowiadujemy się z tej pracy wiele ciekawych rzeczy, wspomnę tylko o niektórych: 1) Mięsień rzęskowy odkrył nie Brücke w r. 1846 (jak podali Arnold, Iwanoff i w. in.), lecz W. Wallace (1835 r.). 2) Sprawa m. rozszerzającego źrenicę po dziś dzień nie została rozstrzygniętą. 3) Na przedniej powierzchni tęczówki istnieją krypty, łączące się z przestworami chłonnemi, przez które przesącza się ciecz wodnista na zewnątrz przedniej komory (Fuchs). 4) W siatkówce istnieją wędrowne zmiany w komórkach nabłonka barwnikowego, oraz w czopkach i pręcikach, zachodzące pod wpływem światła i ciemności. 5) Okazało się mylnem, jakoby zonula Zinnii pochodziła z rozdzielenia się błony szklistej w przednim odcinku na dwie blaszki; a ponieważ takowa składa się z włókien, a nie blaszki jednolitej, przeto i przyjmowany dawniej t. z. przewód Petita nie istnieje, a jest to tylko uchyłek *(recessus)* tylnej komory. 6) W załamku przejściowym i w spojówce powiekowej istnieją dodatkowe gruczołki łzowe (Krauze, Wolfring).

Kol. K. używa następujących terminów: ciało szkliste (a nie szklane, jak szkoła lwowska), błona szklista *(m. hylaoidea)*, przednie i tylne komory (a nie komórki), pasek Zinna vel wiąz wieszadłowy soczewki, brzeżek piłowy *(ora serrata)* naczyniówki, brodawka vel tarcza n. wzrokowego (a nie tarcz, jak szkoła krakow-

ska) (?). Widocznie, że tak być powinno, skoro w przedmowie Podręcznika orzeczono, że pisownię zastosowano ściśle do prawideł pisowni polskiej, wydanych przez Akademię Umiejętności. Stosujmyż się więc do tej terminologii we wszystkich dzielnicach dawnej Polski!

Ryciny wykonano dość starannie. Autor potrafił wybrać najwięcej pouczające, korzystając z prac Lebera (szematyczne przedstawienie naczyń oka), Testut'a (szemat. przedstawienie nerwów wzrokowych) Piersola (pierwsze przecięcie siatkówki i szemat komórek wzrokowych tejże), Kallius'a (szemat wykazujący wzajemny stosunek pierwiastków składowych siatkówki), Genderen i Storta (wędrowne zmiany w komórkach barwnika, czopkach i pręcikach siatkówki, zachodzące pod wpływem światła i ciemności), Cajala (włókna promieniste Millera), Golding-Birda i Schäfera (szemat przecięcia plamki żółtej).

Mówiąc o t. z. cellulae amacrinae ret. Cajala, kol. K. podaje ich rysunek na szemacie Kalliusa. Czy to jeden i tensam, czy inny histolog. Zdaje się, że są to dwie osobistości, gdyż na str. 467 znajdujemy oba zbliżone nazwiska, Cajala i Kalliusa, tak obok siebie. To jedno zapytanie. Drugie pozwolę sobie zrobić to, że cellulae amacrinae na str. 474 mają to być pojedyncze, zbłąkane komórki »z obficie rozgałęziającemi się wyrostkami«, a na str. 475 są to »komórki pozbawione wyrostków nerwowych«. Dla niespecyalistów trzeba było wyjaśnić — jak to zrobił prof. Szymonowicz (tamże na str. 123), — iż komórka nerwowa posiada 2 rodzaje wypustek: nerwową (Neuraton, Neuryt), przechodzącą w włókno nerwowe, i protoplazmatyczne czyli dendryty, nie przechodzące w włókna nerwowe.

Cytaty z literatury histologicznej uznane zostały przez współpracowników Podręcznika histologii jako balast zbyteczny, więc i kol. K. pominął takowe.

Kończąc to krótkie sprawozdanie z mych wrażeń, jakie wyniosłem po odczytaniu histologii zmysłu wzrokowego, skreślonej piórem kolegi Kamockiego, nie mogę nie powiedzieć, że wystudyowałem takową z pożytkiem i przyjemnością, odświeżając w mej pamięci wiadomości o histologicznej budowie organu wzrokowego.

Szkoda tylko, że szanowny autor, uwzględniając budowę gruczołu łzowego, zupełnie pominął mikroskopowy [1]) ustrój dróg łzowych. Lukę tę zresztą znajdujemy i w pierwszem wydaniu zbioro-

---

[1]) »Podręcznik histologii« używa wyrazów »mikroskop«, »mikroskopowy«, a nie »drobnowid«, »drobnowidowy«.

wego dzieła Graefe-Saemischa (podano zaledwo kilka słów w Makroskop. anatomii łzowego aparatu Merkela); podjął się ją wypełnić dopiero w drugiej edycyi Eversbusch. *Dr J. T.*

IV. Z TOWARZYSTW.

Sprawozdanie z 28 zgromadzenia Towarzystwa oftalmologicznego w Heidelbergu w r. 1900. (Streszczone według oryginału niemieckiego).

I. *O torbielach tęczówki, powstałych po urazie* (Ueber traumatische Iriscysten). Wintersteiner.

Z pośród licznych teoryi, co do sposobu powstawania torbieli surowiczych tęczówki przez uraz, są po dziś dzień najbardziej uznane 3 następujące:

1. Buhl i Rothmund przyjmują, że torbiele te powstają przez przeszczepienie przybłonka w głąb gałki ocznej.

2. Wedle Eversbuscha powoduje każdy, nawet tępy, uraz gałki ocznej krwotok w okolicy ligamentum pectinatum i u nasady tęczówki. Wskutek spowodowanej tem znacznej rozciągliwości tkanki, powstaje w tem miejscu jama, która zwiększa się stale w kierunku przedniej komory.

3. Wecker wreszcie jest zdania, że torbiele te nie są prawdziwymi torbielami, a li tylko workowatemi wydęciami przedniej komory. Mogą zaś one powstać przy szerokiej tylnej przyczepinie i częściowem wydęciu tęczówki ku przodowi — przez co odbiera się wrażenie torbiela: lub też wskutek załamków w samym miąższu tęczówki i na jej brzegu źrenicznym.

Autor badał anatomicznie 10 całkowitych gałek ocznych, w których na tęczówce był umiejscowiony torbiel. W 3 zaś innych przypadkach badał on wyciętą ścianę torbiela i przyszedł na podstawie swych badań do przekonania, że wszystkie te 3 powyżej opisane sposoby powstawania torbieli przez uraz mogą mieć miejsce. Przybłonek tych torbieli bywa różnoraki i to jedno lub wielowarstwowy. Rozpoznanie torbiela tęczówki nie zawsze jest łatwem, gdyż często bywa za torbiel uważane zwykłe wydęcie tęczówki, w innych zaś znowu przypadkach brano ziarniniak lub t. p. utwory za torbiele tęczówki.

Rokowanie przy torbielach tęczówki i przedniej komory jest niekorzystne, gdyż zbyt często powodują one przez swój nagły wzrost wzmożenie się ucisku śródocznego, a następnie ślepotę. Przypadki, w których torbiele te znikają przez pęknięcie ściany — a tem sa-

mem stają się dla oka nieszkodliwymi — należą do wyjątków. Pracę swą uzupełnił autor dwiema bardzo zajmującemi i niezwykłemi historyami chorób. *Dr T. Bałłaban.*

II. *Leczenie jaskry wycięciem nerwu współczulnego* (Die Behandlung des Glaucoms durch Sympathicusresection). K. Grunert.

Autor opisuje wyniki lecznicze jaskry, przez wycięcie nerwu współczulnego, które u 15 chorych wykonał prof. Hofmeister w klinice w Tübingen.

Do tego zabiegu wybierano li tylko chorych, u których dotychczasowe sposoby leczenia nie odniosły żadnego skutku. Operacya ta była wykonywaną w następujący sposób: Od wyrostka sutkowego robi się ku dołowi 10—15 cm długie cięcie na przednim brzegu mięśnia mostko-obojczykowo-sutkowego. Nerw dodatkowy *(n. acessorius)* pozostaje w ten sposób na uboczu, i tak dochodzi się obok wielkich naczyń szyjnych i nerwu błędnego do górnego zwoju nerwu współczulnego. W tem właśnie miejscu wycina się ten zwój, wraz 1—2 ctm. długości kawałkiem pnia nerwu. Ten sposób operacyi zwie się sympathicotomia, w przeciwieństwie do ganglieklomii, która polega tylko na wyłuszczeniu górnego zwoju n. współczulnego. Autor posługiwał się częstokroć oboma tymi sposobami, gdyż ganglieklomia jest niejednokrotnie bardzo trudną, z powodu wysokiego położenia zwoju w czaszce.

Wyniki lecznicze były różnorakie. W czterech przypadkach jaskry przewlekłej zapalnej spowodowała operacya znaczne polepszenie. Przy jaskrze zupełnej *(Glauc. absolutum)* był wynik zabiegu w jednym przypadku pomyślny, w jednym bez wielkiej korzyści, a w jednym zupełnie bezkorzystny. W dwóch przypadkach jaskry pojedyńczej był wynik operacyi zupełnie zły.

Jakkolwiek nie da się obecnie jeszcze dokładnie oznaczyć korzyści lecznicze, jakie się tym zabiegiem operacyjnym przy jaskrze osiągnąć dadzą, i to głównie z powodu krótkiego czasu spostrzegania i z powodu szczupłej liczby dotychczas dokładnie badanych przypadków, to jednak wogóle uważa autor dotychczasowe wyniki lecznicze osiągnięte tym sposobem, jako wcale korzystne.

T. Bałłaban.

III. *O zakaźnem zapaleniu nerwu wzrokowego.* (Ueber infectiöse Neuritis optica). Uhthoff.

Przypadki zakaźnego zapalenia nerwu wzrokowego bez żadnych innych powikłań, wywołane rozmaitemi chorobami zakaźnemi ustroju, są rzadkie. Wynika to też i ze ścisłych w tym kierunku badań autora, który widział podobne zmiany tylko 23 razy na 80.000 przypadków własnej obserwacyi. Chcąc zdać sobie sprawę

z różnicy, jaka zachodzi pod względem klinicznym i anatomicznym pomiędzy zapaleniem zakaźnem nerwu wzrokowego, a zapaleniem spowodowanem zatruciem *(toxische Neuritis)* uzupełnił autor swe własne spostrzeżenia 253-ma przypadkami zakaźnego zapalenia nerwu wzrokowego opisanemi w literaturze przez innych autorów.

Ze zestawienia tego wynika„ że powodem zapalenia nerwu wzrokowego była grypa *(influenza)* 72, kiła 61, zaziębienie *(Rheumatismus)* 36, zimnica 17, dur brzuszny 17, odra 9, błonica 6, ogólne zapalenie nerwów *(polyneuritis)* 7, ospa 6, Beri-beri 5, róża 3, płonica 3, gruźlica 3, dur wysypkowy 3, rzeżączka 2, dur powrotny 2, ostry gościec jeden raz.

Przy różnych innych ciężkich chorobach zakaźnych, jak przy nosaciznie, trądzie, cholerze, czerwonce, wągliku, wściekliźnie, włośnicy itp. nie spostrzegano dotychczas nigdy u człowieka zapalenia nerwu wzrokowego.

Co do sposobu powstania tego zapalenia nerwu wzrokowego są autorowie po większej części zdania, że powstaje ono wskutek przemiany materyi w drobnoustrojach. Same drobnoustroje, których wykazanie w miejscu schorzenia nerwu wzr. mogłoby być jedynym pewnikiem dla patogenezy tego cierpienia, wykazano tylko w bardzo szczupłej liczbie przypadków. Jeżeli zważymy tę okoliczność, jak również i to, że w licznych zestawionych powyżej przypadkach zmiany zapalne w nerwie wzrokowym nie zostały wprost wywołane działaniem drobnoustrojów i ich jadu, lecz powstawały one często wskutek ogólnych zaburzeń odżywczych spowodowanych samoistnem zatruciem *(Autointoxication)*, to musimy przyjść do przekonania, że zapalenie nerwu wzrokowego przez zakażenie jest bardzo rzadkiem i to o wiele rzadszem, aniżeli podobne zapalenie wskutek zatrucia *(Neuritis toxica)*.

Ze ściśle i dokładnie przeprowadzonej pracy autora wynika, że choroby zakaźne ustroju nie wywołują jakichś pewnych i stałych zmian na dnie oka, które mogłyby być znamiennemi dla pewnej danej choroby zakaźnej.

Natomiast przy zapaleniu nerwu wzrokowego po zatruciu występują prawie zawsze pewne stałe zmiany na siatkówce i to szczególnie na naczyniach oka. Przy tem zapaleniu nerwu jest też sprawa chorobowa po większej części obustronną, przy zapaleniu zaś zakaźnem nerwu wzrokowego bywa ona bardzo często jednostronną.

T. Bałłaban.

IV. *Przyczynek do sposobu powstawania niedowidzenia spowodowanego używaniem wyskoku metylowego.* (Zur Pathogenese der Methylalkoholamblyopie). A. Birch-Hirschfeld (z Lipska).

Pierwsze przypadki ślepoty, spowodowanej używaniem alko-

holu metylowego były spostrzegane już przed 20-tu laty. Dokładny jednak obraz kliniczny tego rodzaju ślepoty został dopiero w ostatnim roku, przez licznych autorów uwzględniony. Podają oni zgodnie, że używanie alkoholu metylowego jest dla wzroku o wiele szkodliwszem, aniżeli używanie alkoholu etylowego i amylowego. Chorzy tracą przytem wzrok bardzo rychło, a rozszerzone znacznie źrenice nie oddziałują. Gałki oczne były przy ruchach bolesne. W przypadkach lżejszych, w których czynność wzroku mogła była być zbadaną, istniały często względne lub też zupełne ubytki w polu widzenia. Wziernikiem można było wykazać, po upływie kilku tygodni zanik nerwów wzrokowych, a tylko w jednym przypadku istniało zapalenie nerwu ocznego. W celu wykazania zmian anatomicznych, jakie alkohol metylowy w oczach wywołuje, poddał autor badaniu oczy siedmiu królików i trzech kur, przyczem wstrzykiwał on alkohol metylowy w worek spojówkowy. Zwierzęta te ginęły w przeciągu kilku tygodni, a przeprowadzona sekcya zwłok wykazywała otłuszczenie narządów wewnętrznych, szczególniej wątroby i nerek. Badanie wziernikiem było zawsze ujemne. Badanie anatomiczne siatkówki wykazywało w niej zawsze bardzo rozległe zmiany. I tak były jądra komórek zmarszczone i zawierały w sobie liczne złogi chromatyny, ich protoplazma była wypełniona licznemi jameczkami *(vacuolae)*, ciałka Nissla były rozpadłe w postaci pyłu, a miejscami zupełnie zanikłe, wreszcie i same granice komórek stawały się co raz bardziej zatarte. Podobnie zmarszczone i rozpadłe były i ziarna wewnętrznej i zewnętrznej warstwy ziarnistej siatkówki, a w nich znajdowały się liczne jamki, powstał wskutek znacznej opuchliny tkanki. Poza tem była siatkówka miejscami zupełnie prawidłową, a na jej obwodzie i w jej środku znajdywały się zupełnie prawidłowe komórki zwojowe. Naczynia siatkówki były prawidłowe. Badanie nerwu wzrokowego wykazało tylko w jednym przypadku początkowy zanik tkanki nerwowej, w innych zaś przypadkach był nerw wzrokowy prawidłowy.

Na podstawie przeprowadzonych doświadczeń sądzi autor, że działanie trujące alkoholu metylowego umiejscawia się w oku przedewszystkiem w siatkówce i to we warstwie komórek zwojowych, a dopiero później w jej warstwach ziarnistych.

Zwyrodnienie nerwu wzrokowego jest dopiero drugorzędnem następstwem tego zatrucia, i zawsze jest ono tylko częściowem.

T. Bałłaban.

V. ROZMAITOSCI.

Zbiorowe prace („Sbornik Statiej", Gesammelte Abhandlungen) **K. Kastalskiej,** Dra med. berneńskiego uniwersytetu. Wydanie pośmiertne. Moskwa. 1900. Str. 151).

W „Postępie Okulistycznym" pomieszczono już wzmiankę o śmierci (w 26 roku życia) wiele obiecującej Katarzyny Kastalskiej, która pracowała przy oftalm. klinice w Moskwie (1900 r., na stronicy 24). Obecnie, staraniem jej przyjaciół i kolegów, wydano w jednej książce zebrane wszystkie prace Dra K. w dwóch językach: rosyjskim i niemieckim. Przedmowę do niej napisał Docent S. Gołowin, a mowę, wygłoszoną na uczczenie jej pamięci w moskiewskiem Towarzystwie okulistycznem, prof. Evetzky.

W pracach swoich Dr K. dowiodła: 1) że i niepatogeniczne w bakteryologicznem znaczeniu mikroby mogą być u człowieka przyczyną ropnych spraw w głębokich częściach oka (przyczynek do panoftalmitis); 2) że można otrzymać czystą hodowlę grzybka aktinomycosis ze złogów, znajdywanych w kanalikach łzowych; i 3) że w tkankach zwyrodnionych jaglicą stale dają się wykrywać komórki z hyalinnemi kulami, — o czem zakomunikowała na XII. międzynarodowym kongresie lekarskim w Moskwie.

Dr J. T.

Statystycznem badaniem ócz dzieci szkolnych w Stanach Zjednoczonych Ameryki zajmował się prof. Smedley, przełożony oddziału władzy wychowawczej, i dochodzi do następujących wniosków: 1. Umysłowo słabsze dzieci więcej dotknięte są wadami ócz od dzieci zdolnych. 2. Słaby wzrok powoduje często osłabienie umysłowe. 3. Wzrok chłopców bywa lepszym od wzroku dziewcząt. 4. Szkoła przyczynia się do niejednej wady ocznej. 5. Wady te w pierwszych trzech latach wzmagają się o $^1/_3$. 6. Ilość uczni, których wzrok nie wynosi więcej nad $^1/_{10}$, rośnie stale od początku do końca czasu szkolnego. 7. Odsetka dzieci, posiadających tylko $^1/_3$ bystrości wzrokowej, wynosi w zwykłych szkołach 32%. („Medical News 10. Nov. 1900.). *W.*

Oko dyfteryą dotknięte może być wyjściem dla dyfteryi innych błon śluzowych, a mianowicie nosa i gardła, gdyż według badań Uhthoffa jeszcze w kilka tygodni po ustąpieniu obrazu klinicznego dyfteryi oka spojówka zawiera prątki dyfterytyczne. Otóż w pracy, dotyczącej tego przedmiotu, dochodzi Vossius do następujących wniosków: 1. Prątki dyfterytyczne mogą nie tylko wywołać obraz głębokiej nekrotyzującej dyfteryi spojówki, ale także obraz błonicy i rzeżączki spojówki. Powodu tego zjawiska szukać trzeba w rozmaitego

stopnia jadowitości prątków dyfterytycznych, a nie mniej także i w rozmaitej odporności osobników. Zawsze jednak chory oczny dla otoczenia równe przedstawia niebezpieczeństwo. 2. Te same objawy kliniczne przedstawiają także zakażenia streptokokami. 3. W każdym poszczególnym przypadku ważnem jest badanie bakteryologiczne, które jednak nie powinno się ograniczać do preparatu szkiełkowego, ale oparte być powinno na hodowli i szczepieniu zwierzętom. 4. Badanie to jest wskazane nie tylko ze względu na terapię surowicą, ale także na odosobnienie. Zastosowanie surowicy jest wskazanem nawet w braku wyniku bakteryologicznego wobec tego, że stosowanie surowicy nie jest połączone z żadnem niebezpieczeństwem („Deutsche Praxis". III. 22).

W.

„Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich", mające wkrótce rozpocząć swój żywot literacki, a dawno planowane, przychodzi do skutku dzięki inicyatywie mężów, pragnących nauce polskiej zapewnić w koncercie wszechświatowych dążności naukowych dźwięczny harmonijny głos, często z umysłu przygłuszany przez nieżyczliwe nam żywioły.

Podając poniżej w skróceniu nadesłaną nam odezwę redakcyi, życzymy nowemu wydawnictwu, aby spełniało zawsze chlubnie stawione sobie zadanie, a zyskując coraz więcej zwolenników, oby materyalnie pewną zdobyło sobie podstawę.

Nadesłana odezwa brzmi jak następuje:

„Pragnąc ile możności skupić wszystkie prace polskie ściśle naukowe z zakresu medycyny, dotychczas rozrzucone w rozmaitych wydawnictwach polskich i obcych — a zarazem prace te uczynić dostępnemi obcym badaczom i to pod wyraźnem i niezatartem piętnem prac polskich, postanowiliśmy wydawać »*Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich*« w dwóch wydaniach, a mianowicie w wydaniu polskiem i w wydaniu, zawierającem wierne przekłady prac, pomieszczonych w wydaniu polskiem, na języki obce, a mianowicie albo na język francuski albo niemiecki, stosownie do życzenia autora. W temże wydaniu mogą być umieszczane także wierne przekłady na jeden z tych języków prac, ogłoszonych w języku polskim w innych czasopismach. Te ostatnie prace w polskiem wydaniu „Archiwum" nie będą przedrukowywane, lecz pomieszczone tylko ich tytuły z podaniem czasopisma, w którem są zawarte.

„Archiwum" to obejmować będzie prace ściśle naukowe z dziedziny morfologii (anatomii, histologii i historyi rozwoju), z fizyologii (i chemii fizyologicznej), z patologii doświadczalnej (i bakteryologii), z farmakologii doświadczalnej, z patologicznej anatomii (i histologii), tudzież prace ściśle naukowe z klinicznych gałęzi nauk lekarskich.

Oprócz tego „Archiwum" będzie podawać ile możności zupełny spis tytułów prac polskich, pojawiających się w zakresie wymienionych nauk.

„Archiwum" wychodzić będzie we Lwowie równocześnie w dwóch

wydaniach, to jest w wydaniu polskiem i w wydaniu niemiecko-francuskiem, w dowolnych zeszytach, w miarę napływającego do redakcyi materyału. Kilka zeszytów, obejmujących razem 40 do 50 arkuszy druku, stanowić będzie tom.

Cena księgarska będzie ustanowiona dla każdego zeszytu i dla każdego tomu z osobna.

Przedpłatę ustanawia się:

Na jeden tom wydania polskiego (obejmujący 40—50 arkuszy druku . . . . 20 koron.
Na jeden tom wydania francusko-niemieckiego (takiej samej objętości) . . . . 30 „
Na jeden tom w obu wydaniach . . . . 35 „

Autorom, którzy prace swoje prześlą redakcyi w obu językach, przyznawane będzie honoraryum w kwocie 64 koron za arkusz druku. Jeżeli zaś autor przyśle pracę napisaną tylko w jednym języku, redakcya postara się o wierny przekład na język drugi, za co tłómacz otrzyma wynagrodzenie, które odciąga się od honoraryum.

W przekonaniu o niezbędnej potrzebie takiego „Archiwum", wydawanego równocześnie w dwóch językach, prosimy gorąco o łaskawe popieranie tego wydawnictwa, tak moralne jak i materyalne.

Wszelkie pisma prosimy nadsyłać pod adresem naczelnego redaktora, którym jest prof. Dr Henryk Kadyi, Lwów, ul. Zielona, 15.

LXXIII zjazd niemieckich lekarzy i przyrodników odbędzie się w Hamburgu od 22—28 września b. r. Sekcya okulistyczna mieć będzie aż trzech gospodarzy. Są nimi Drowie: Oehrens, Willbrand i Mannhardt. Zgłoszenia przyjmuje aż do 15 maja Dr Franke, sekretarz, Collonaden, 47.

Towarzystwo okulistów francuskich, Société française d'Ophthalmologie rozpoczyna swe zebranie tegoroczne dnia 6 maja o godzinie pół do ósmej w Hôtel des Sociétés savantes w Paryżu. Referat główny, jaki przedstawi Wecker, dotyczy: wartości iridektomii w jaskrze. — *W.*

VI. SPRAWY OSOBOWE.

Jako kandydaci na katedrę oftalmologii w Kazaniu występują następujący Docenci: Szymonowski z Kijowa, Gołowin z Moskwy i Braunsztein z Charkowa.